



Perinataalitalasto – synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2019

Raskauden aikainen tupakointi vähentynyt

PÄÄLÖYDÖKSET

- Syntyneiden lasten määrän väheneminen jatkui vuonna 2019.
- Synnyttäjien keski-ikä on 31,2 vuotta, ensisynnyttäjien 29,5 vuotta.
- Raskauden aikana tupakoineiden osuus väheni.
- Synnyttäjistä ylipainoisia oli 41,9 % ja lihavia 17 %.
- Keisarileikkausten osuus oli suurempi kuin koskaan aikaisemmin (17,5 %).

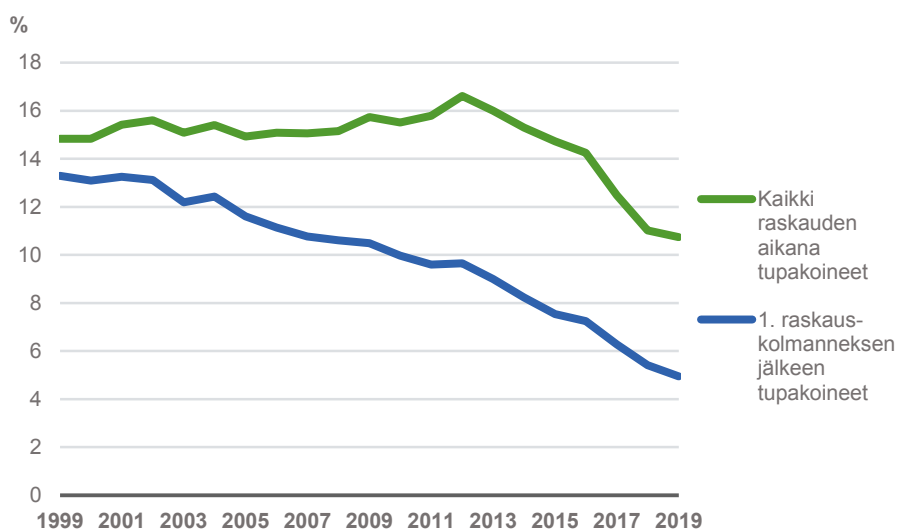
Vuonna 2019 Suomessa syntyi 45 870 lasta, mikä oli 4,3 prosenttia vähemmän kuin vuonna 2018. Syntyneiden lasten määrä on pienentynyt yhtäjaksoisesti vuodesta 2011 lähtien.

Raskauden aikana tupakoivien osuus on vähentynyt viime vuosina. Vuonna 2019 alkuraskauden aikana tupakoi 10,7 prosenttia synnyttäjistä. Kaikista raskauden aikana tupakoineista 53,9 prosenttia lopetti tupakoinnin raskauden ensimmäisen kolmanneksen aikana, kun vuonna 2009 osuus oli 33,3 prosenttia.

Vuonna 2019 synnyttäjien raskautta edeltävän painoindeksin (BMI) keskiarvo oli toista kertaa yli 25 (25,3). Kaikista synnyttäjistä ylipainoisia (BMI \geq 25,0) oli 41,9 prosenttia ja lihavia (BMI \geq 30) 17,0 prosenttia.

Synnyttäjien keski-ikä on viime vuosina noussut. Vuonna 2019 kaikkien synnyttäjien keski-ikä oli 31,2 vuotta ja ensisynnyttäjien keski-ikä oli 29,5. Kaikista synnyttäjistä yli 35-vuotiaita oli 24,4 prosenttia. Alle 20-vuotiaiden osuus puolestaan pysyi samana ja oli 1,3 prosenttia.

Kuvio 1. Raskauden aikainen tupakointi vuosina 1999–2019, % synnyttäjistä



Sirkka Kiuru

etunimi.sukunimi@thl.fi

Mika Gissler

etunimi.sukunimi@thl.fi

Anna Heino

etunimi.sukunimi@thl.fi

Synnyttäjät ja synnytykset

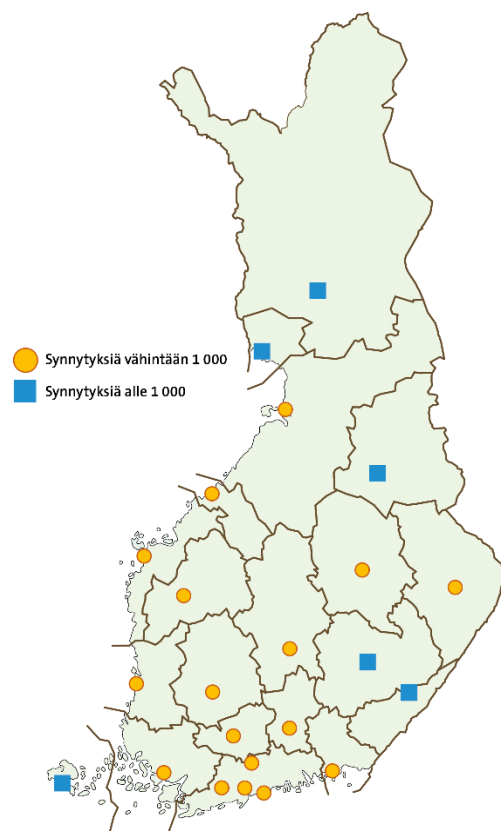
Synnytyksiä oli vuonna 2019 yhteensä 45 288 ja syntyneitä lapsia yhteensä 45 870. Lapsista 45 745 eli 99,7 prosenttia syntyi elävänä.

Tilastokeskuksen raportoima elävänä syntyneiden lasten lukumäärä oli 45 613¹. Tilastokeskuksen ja THL:n lukujen erot johtuvat erilaisesta määritelmästä. Tilastokeskus kerää tiedot kaikista syntyneistä lapsista, joiden äidin vakituinen asuinpaikka lapsen syntymähetkellä on Suomessa synnytyspaikasta riippumatta eli luku sisältää myös ulkomailta syntyneitä lapsia. THL:n syntyneiden lasten rekisteri puolestaan sisältää kaikki Suomessa syntyneet lapset, myös ulkomaalaiset lapset äidin asuinpaikasta riippumatta. THL:n luvut painottavat sairaaloiden synnytystoimintaa ja Tilastokeskuksen luvut Suomen väestön kehitystä.

Suomessa oli 23 synnytyssairaalaa vuonna 2019. Keskimäärin synnytyssairaaloissa oli 1 969 synnytystä (vaihteluväli 253–8 545).

Useampi kuin joka neljäs (28,1 %) lapsi syntyi HYKS:n sairaaloissa (Naistenklinikka ja Jorvin sairaala) ja joka kolmas (34,4 %) HUS:n sairaaloissa (HYKS, Hyvinkään ja Lohjan sairaalat). Kuudessa sairaalassa oli vuonna 2019 alle tuhat synnytystä (Kuvio 2.), mikä on ollut STM:n vuonna 2015 asettama raja synnytystoiminnalle²: Etelä-Karjalan keskussairaala [Lappeenranta], Lapin keskussairaala [Rovaniemi], Länsi-Pohjan keskussairaala [Kemi], Kainuun keskussairaala [Kajaani], Mikkelin keskussairaala ja Ahvenanmaan keskussairaala [Maarianhamina]. Vuosina 2010–2019 synnytystoiminta loppui yhdeksästä sairaalasta (Länsi-Uudenmaan sairaala [Tammisaari], Raahen seudun terveyskeskus, Savonlinnan keskussairaala, Malmin terveydenhuoltoalueen kuntayhtymä [Pietarsaari], Salon sairaala, Vammalan sairaala, Porvoon sairaala, Kätilöopiston sairaala [Helsinki] ja Oulaskankaan sairaala [Oulainen]).

Kuvio 2. Synnytyssairaalat 2019 (*Karttaa korjattu 7.1.2022. Kartalla oli virheellisesti merkintä Kätilöopiston sairaalasta, jossa synnytystoiminta päättyi kuitenkin jo vuonna 2018.)

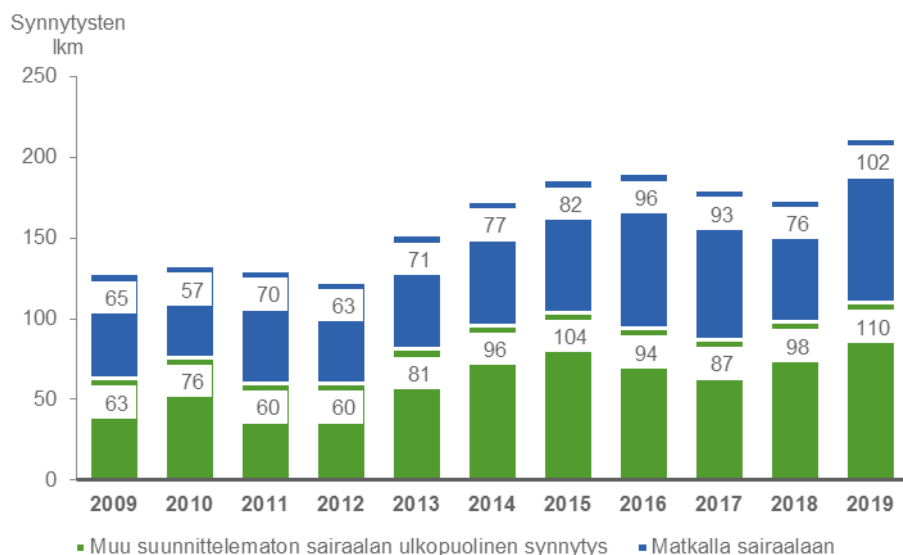


¹[Väestötalastot, Tilastokeskus](#)

²[STM:n asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä, 23.9.2014, 14 §](#)

Synnytyksistä 99,4 prosenttia tapahtui sairaaloissa. Suunniteltuja kotisyntyisiä oli syntymärekisteriin tulleiden ilmoitusten mukaan 38 vuonna 2019 (69 vuonna 2018). Vuonna 2019 kaikista synnytyksistä matkalla sairaalaan tapahtui 102, mikä on 26 synnytystä enemmän kuin vuonna 2018. Muista syistä suunnittelemattomia sairaalan ulkopuolisia synnytyksiä oli 111 kun vuonna 2018 vastaavia synnytyksiä oli 98. (Kuvio 3.)

Kuvio 3. Suunnittelematon sairaalan ulkopuolinen synnytys vuosina 2009–2019



Luvut eivät sisällä sairaalan ulkopuolisia synnytyksiä, joista ei tiedetä, ovatko synnytykset olleet suunniteltuja vai suunnittelemattomia. Kyseisiä synnytyksiä oli vuosina 2007–2013 vuosittain keskimäärin 4, vuosina 2014 ja 2015 ei yhtään, vuosina 2016 ja 2017 kaksi, vuonna 2018 neljä ja vuonna 2019 ei yhtään.

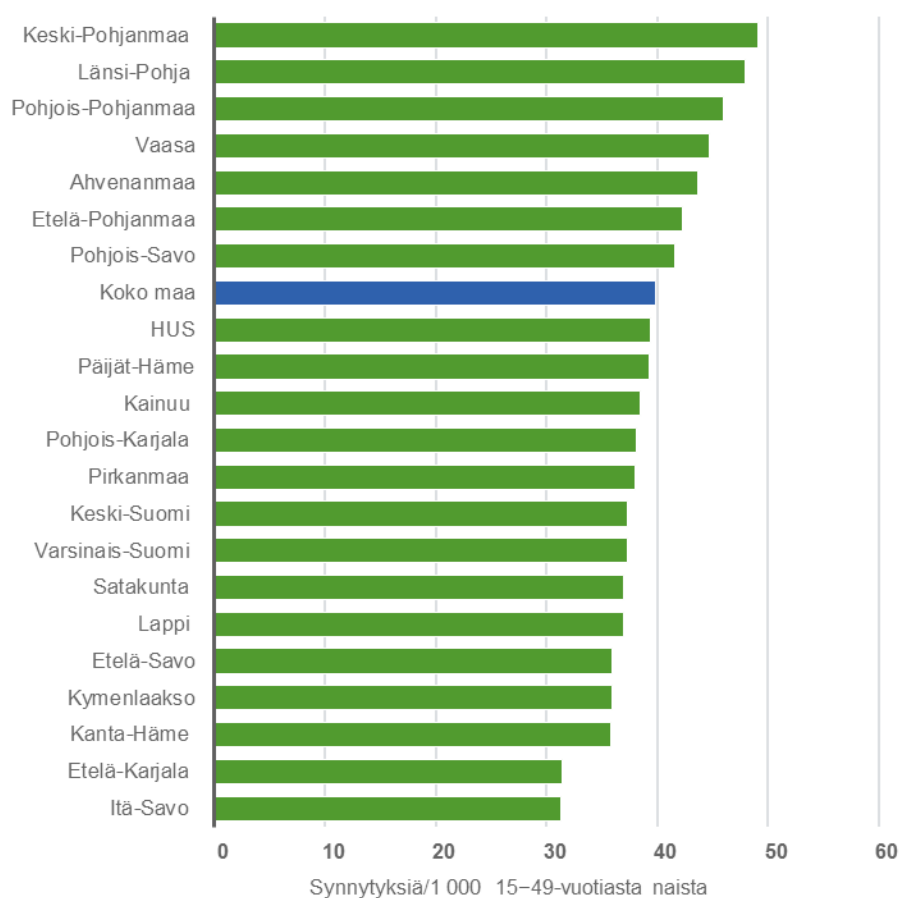
Suunnittelemattomia sairaalan ulkopuolisia synnytyksiä oli kaikkien yliopistollisten sairaaloiden erityisvastuualueilla 0,1–0,4 prosenttia synnytyksistä.

Kokonaishedelmällisyysluku eli naisen laskennallinen lasten kokonaismäärä oli 1,35 vuonna 2019³. Alueellisesti eniten synnytyksiä hedelmällisessä iässä (15–49-vuotiaat) olevia naisia kohti oli vuonna 2019 Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueella ja vähiten Itä-Savon sairaanhoitopiirin alueella. (Kuvio 4.)⁴

³ [Väestötilastot, Tilastokeskus](#)

⁴ Tarkempia lukumäärätietoja synnytyksistä on saatavilla [Sotkanetissä](#), missä on mahdollista tarkastella myös kuntatason tietoja.

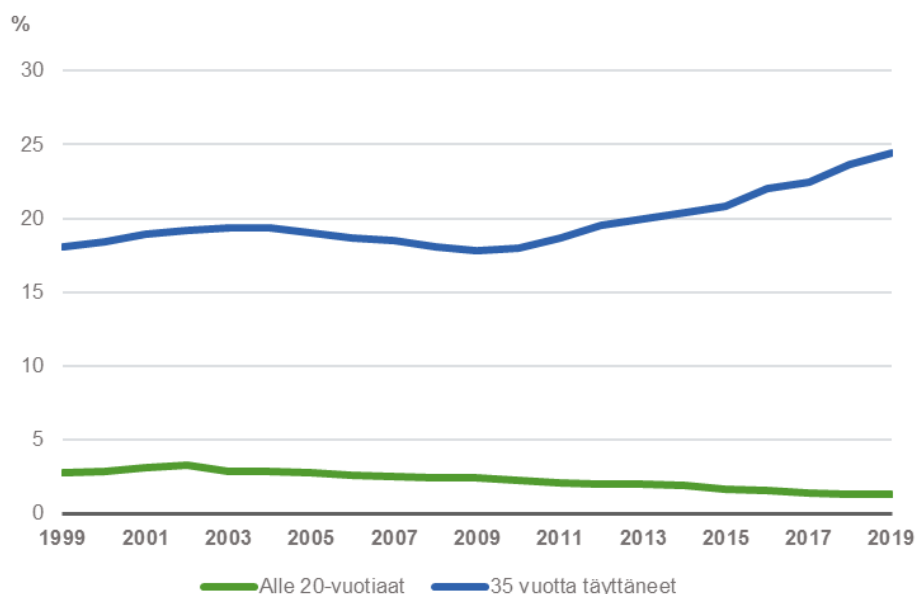
Kuvio 4. Synnytykset sairaanhoitopiireittäin tuhatta 15–49-vuotiasta naista kohden vuonna 2019 (synnyttäjän asuinkunnan mukaan)



Synnyttäjien keski-ikä oli pitkään noin 30,0 vuotta, mutta on viime vuosina noussut hieman ja oli 31,2 vuotta vuonna 2019. Ensisynnyttäjien keski-ikä oli 29,5 vuotta vuonna 2019 (Liitetaulukko 1). Ensisynnyttäjien keski-ikä oli korkein Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä (30,7 vuotta) ja matalin Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin alueella (27,0 vuotta).

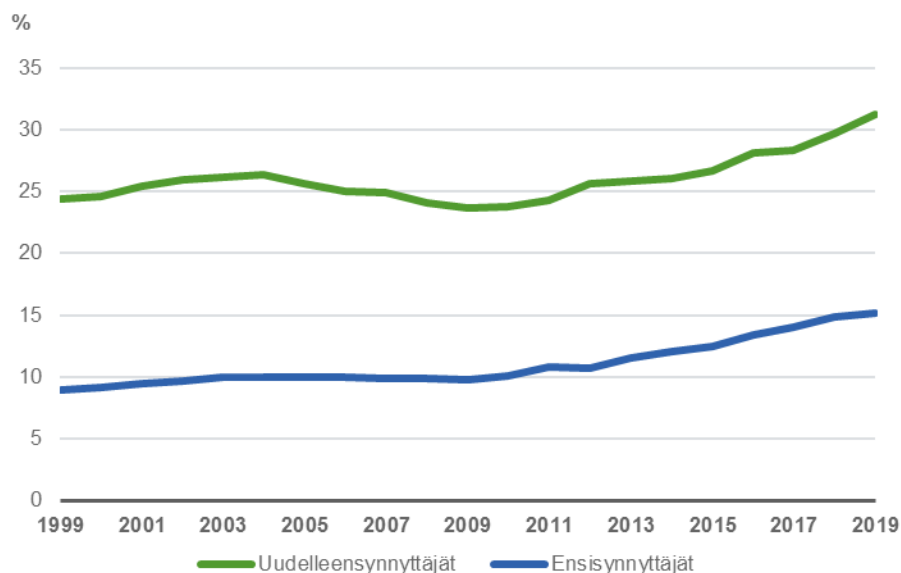
35 vuotta täyttäneiden synnyttäjien osuus on kasvanut viime vuodet. Vuonna 2019 heidän osuutensa oli 24,4 prosenttia. Vuosikymmentä aikaisemmin vastaava osuus oli 17,8 prosenttia. (Kuvio 5, liitetaulukko 1.) Alueellisesti tarkasteltuna 35 vuotta täyttäneitä synnyttäjiä oli eniten Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä (28,7 %) ja vähiten Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirissä (16,2 %) vuonna 2019. Vuosina 2018 ja 2019 alle 20-vuotiaiden osuus kaikista synnyttäjistä oli 1,3 prosenttia, mikä on pienin osuus sitten syntyneiden lasten rekisterin perustamisvuoden 1987.

Kuvio 5. Alle 20-vuotiaat ja 35 vuotta täyttäneet synnyttäjät kaikista synnyttäjistä vuosina 1999–2019, %



Vuonna 2019 ensisynnyttäjistä 35 vuotta täyttäneitä oli 15,2 prosenttia, kun heidän osuutensa kymmenen vuotta aikaisemmin oli 9,8 prosenttia. (Kuvio 6.)

Kuvio 6. 35 vuotta täyttäneiden osuus ensi- ja uudelleensynnyttäjistä vuosina 1999–2019, %

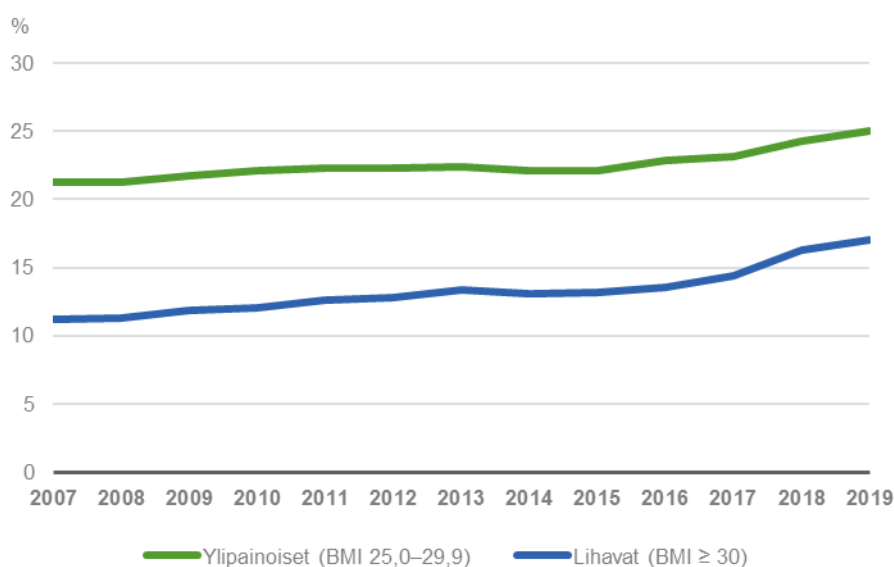


Vuonna 2019 synnyttäjien raskautta edeltävän painoindeksin (BMI) keskiarvo oli 25,3. Kaikista synnyttäjistä ylipainoisia (BMI ≥ 25) oli 41,9 % ja lihavia (BMI ≥ 30) 17,0 prosenttia. Eniten lihavia synnyttäjiä oli Satakunnan sairaanhoitopiirissä (23,7 %). Painoindeksin keskiarvo oli 35 vuotta täyttäneillä synnyttäjillä 25,7. Tämän ikäryhmän synnyttäjistä 44,9 prosenttia oli ylipainoisia ja 18,4 prosenttia lihavia. (Kuvio 7.) Tietoa synnyttäjien BMI:stä on kattavasti saatavilla vuodesta 2006 lähtien, jonka jälkeen ylipainoisten synnyttäjien osuus on kasvanut yli seitsemän prosenttiyksikköä ja lihavien viisi prosenttiyksikköä. Koko

väestön tasolla naisten ylipaino on lisääntynyt vastaavasti: 20–54-vuotiaista naisista noin 19 prosenttia oli lihavia vuonna 2018.⁵

Lihavuus aiheuttaa merkittäviä raskaudenaikaisia riskejä. Ylipaino ennen raskautta lisää raskaudenaikaisen diabeteksen ja pre-eklampsian riskiä. Myös keisarileikkauksia tehdään ylipainoisille tavallista useammin. Ylipainoisella leikkauksesta toipuminen on usein hitaampaa ja riski leikkauksen jälkeisiin haava- ja kohtutulehduksiin on suurempi kuin normaalipainoisella synnyttäjällä.⁶

Kuvio 7. Ennen raskautta ylipainoisten (painoindeksi BMI 25,0–29,9 kg/m²) ja lihavien (BMI ≥ 30 kg/m²) osuus kaikista synnyttäjistä vuosina 2007–2019, %



Vuonna 2019 synnyttäjistä 10,7 prosenttia tupakoi alkuraskauden aikana (Liitetaulukko 1). Vuonna 2019 kaikista raskauden aikana tupakoineista 53,9 prosenttia lopetti tupakoinnin raskauden ensimmäisen kolmanneksen aikana. Kymmenen vuotta aikaisemmin vastaava luku oli 33,3 prosenttia. Naisten tupakointi on vähentynyt viime vuosina myös koko väestön tasolla. Päivittäin 20–54-vuotiaista naisista tupakoi vuonna 2018 noin 12,8 prosenttia.⁷

Raskauden aikainen tupakointi on yleisempää nuoremmissa ikäryhmissä. Vuonna 2019 alle 20-vuotiaista (N=598) synnyttäjistä 31,4 prosenttia tupakoi alkuraskauden aikana. Raskauden aikana tupakoineista nuorista 46,3 prosenttia ilmoitti lopettaneensa tupakoinnin raskauden ensimmäisen kolmanneksen aikana. Tupakointia jatkoi siis 18,6 prosenttia nuorista raskaana olevista.

Sen sijaan yli 35-vuotiaista synnyttäjistä (N=11 065) raskauden aikana tupakoi 6,3 prosenttia. Heistä 47,4 prosenttia lopetti tupakoinnin raskauden alkuaikana. Tupakointia jatkoi 35 vuotta täyttäneistä vain 3,8 prosenttia. (Kuvio 8.)⁸

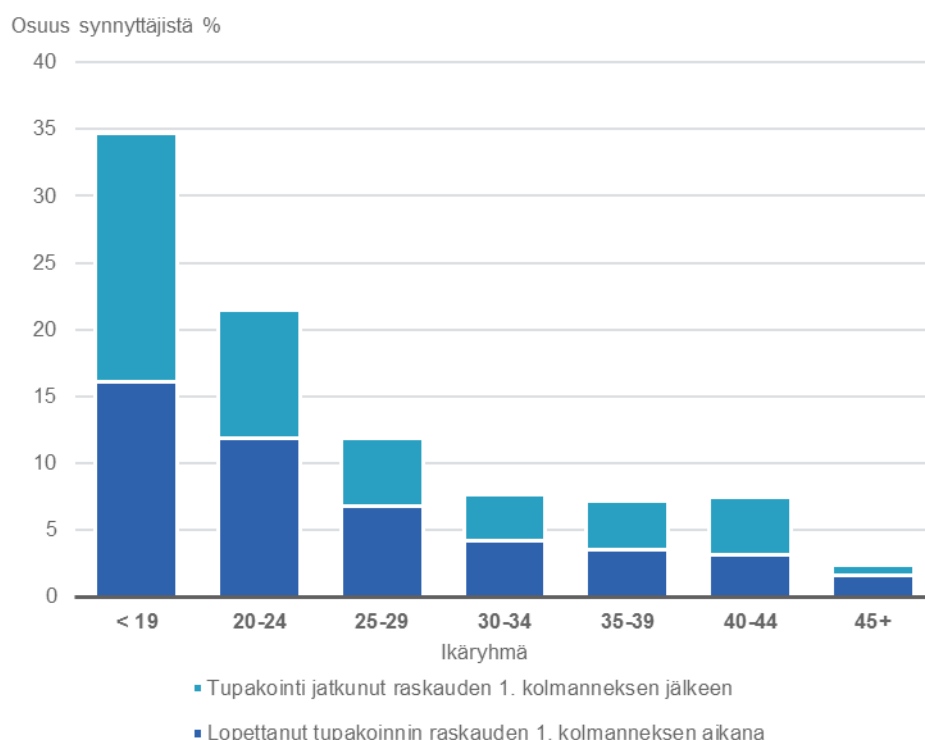
⁵ 20–54-vuotiaista naisista oli vuonna 2018 lihavia 18,5 % (lv 17,6 - 19,4 %). THL, Kansallinen terveys-, hyvinvointi- ja palvelututkimus [FinSote](#).

⁶ Sariola A, Nuutila M, Sainio S, Saisto T, Tiitinen A (toim.). Odottavan äidin käsikirja, Duodecim 2014.

⁷ 20–54-vuotiaista naisista tupakoi vuonna 2018 päivittäin 12,8 % (lv 12,1 – 13,7 %). THL, Kansallinen terveys-, hyvinvointi- ja palvelu-tutkimus [FinSote](#).

⁸ Tarkempia lukumäärätietoja synnyttäjistä, jotka ilmoittivat tupakoineensa raskauden aikana, on saatavilla myös [Sotkanetissä](#), missä on mahdollista tarkastella myös kuntatason tietoja.

Kuvio 8. Synnyttäjien tupakointi ja tupakoinnin lopettaminen raskauden ensimmäisen kolmanneksen aikana ikäryhmittäin vuonna 2019, %



Syntyneiden lasten rekisteriin on kerätty vuodesta 2004 lähtien tietoa synnyttäjien raskauden ja synnytyksen aikaisista sairauksista ICD-10 diagnoosikoodeilla⁹. Vuonna 2019 raskausdiabetes (diagnoosi O24.4) oli merkitty 19,1 prosentille kaikista synnyttäjistä ja 25,4 prosentille 35 vuotta täyttäneistä synnyttäjistä.

Raskausdiabetes diagnosoidaan sokerirasitustestin avulla, joka tehdään nykyään pääsääntöisesti kaikille raskaana oleville.¹⁰ Poikkeava sokerirasitustestin tulos oli 20,6 prosentilla kaikista synnyttäjistä vuonna 2019. Osuus on kasvanut vuosikymmenessä 11,7 prosenttiyksikköä (Liitetaulukko 1). 35 vuotta täyttäneillä synnyttäjillä poikkeavan sokerirasitustestin tulos oli 27 prosentilla kaikista vastaavan ikäisistä synnyttäjistä vuonna 2019. Alle 20-vuotiailla vastaava osuus oli 19 prosenttia.

Vuonna 2019 monisikiöisiä synnytyksiä oli 1,3 prosenttia kaikista synnytyksistä. (Liitetaulukko 1.) Monisikiöisistä raskauksista syntyneiden lasten osuus oli 2,5 prosenttia kaikista syntyneistä lapsista (Liitetaulukko 2). Lapsettomuushoidot yleistyivät 1990-luvulla, mikä kasvatti monisikiöisten synnytysten osuutta vuosina 1987–1998. Monisikiöisten synnytysten määrän pieni väheneminen johtuu erityisesti siitä, että koeputkihedelmöityshoidoissa (IVF, ICSI ja pakastetun alkion siirto) on siirrytty yhä enemmän yhden alkion siirtoihin.¹¹

Synnytyksen jälkeinen äidin hoitoaika sairaalassa on lyhentynyt viime vuosina. Vuonna 2019 synnyttäjien hoitopäivien keskiarvo synnytyksen jälkeen oli 2,7 päivää (3,1 päivää vuonna 2009). (Liitetaulukko 1.) Kaikista synnyttäjistä kuitenkin vain vajaa prosentti (0,8 %) kotiutui synnytyspäivänä. Seuraavana päivänä synnytyksestä kotiutui yhdeksän (8,8 %) prosenttia vuonna 2019.

Kotiutumisen nopeudessa on sairaalakohtaisia eroja: esimerkiksi Hyvinkään sairaalassa 2,7 % ja Mikkelin keskussairaalassa 2,2 % synnyttäjistä kotiutui samana päivänä kuin synnyttivät. Etelä-Karjalan, Keski-Pohjanmaan, Lapin ja Länsi-Pohjan keskussairaaloissa vastaava osuus oli 0,0–0,1 prosenttia.

⁹ [Tautiluokitus ICD-10, luokitukset, termistöt ja tilasto-ohjeet.](#)

¹⁰ [Lisätietoja sokerirasitustestistä ja sen kohderyhmästä](#)

¹¹ [Hedelmöityshoidoista julkaistaan vuosittain erillinen tilastoraportti](#)

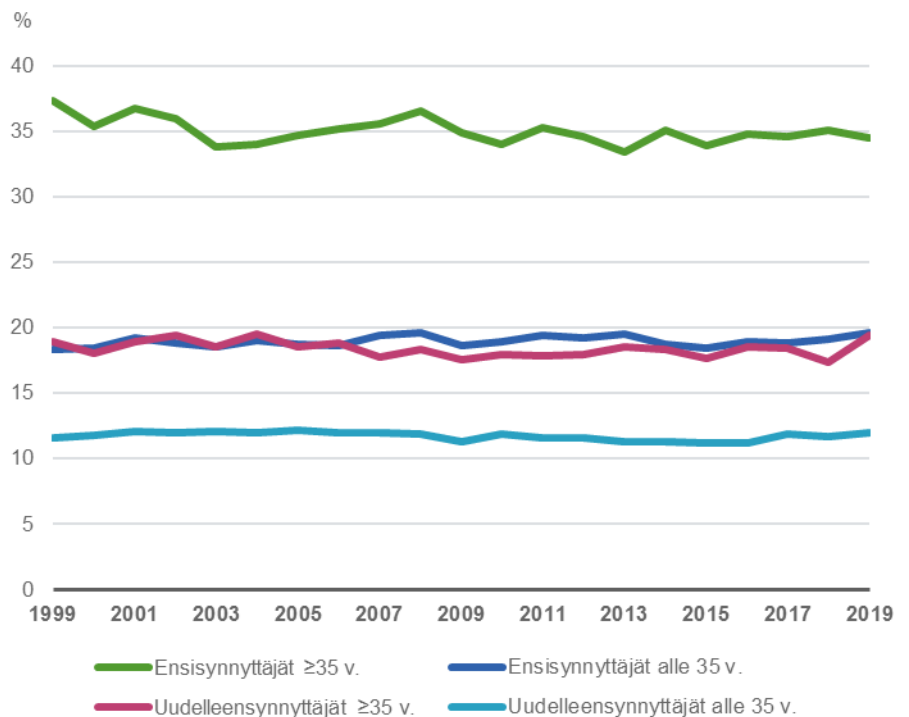
Synnytystoimenpiteitä

Keisarileikkausten osuus synnytyksistä on pitkään ollut 16–17 prosenttia. Vuonna 2019 se oli 17,5 prosenttia, ja osuus on korkein Suomessa tilastoitu. Ensisynnyttäjistä 21,9 prosentille ja uudelleensynnyttäjistä 14,3 prosentille tehtiin keisarileikkaus. Kaikista keisarileikkauksista hätäkeisarileikkauksia oli 5,1 prosenttia. Kaikista synnytyksistä hätäkeisarileikkauksia oli alle yksi prosentti.

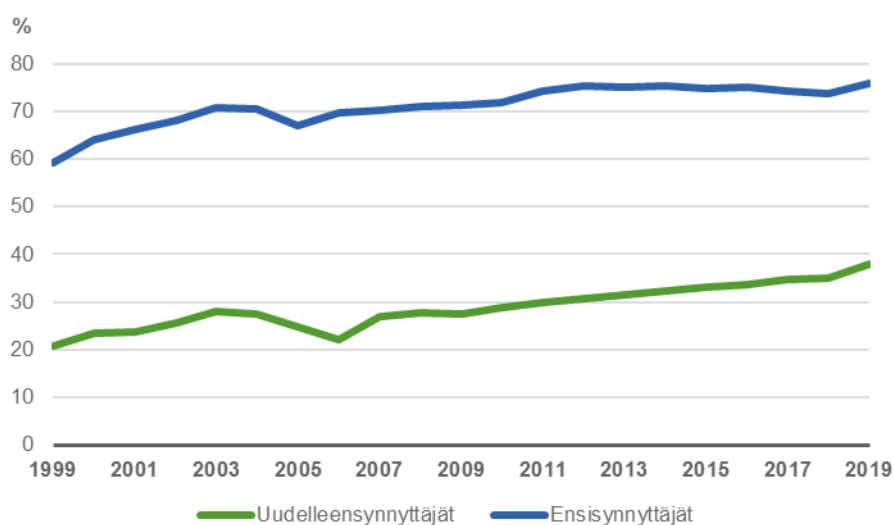
Vuonna 2019 yli 35-vuotiaiden raskauksista 23,4 prosenttia päätyi keisarileikkaukseen, mikä oli noin kahdeksan prosenttiyksikköä enemmän kuin nuoremmilla synnyttäjillä. Ensisynnyttäjillä ero oli vielä suurempi: 35 vuotta täyttäneille ensisynnyttäjille tehtiin 15 prosenttiyksikköä enemmän keisarileikkauksia kuin nuoremmille ensisynnyttäjille. (Kuvio 9.)

2000-luvun alusta lähtien imukuppsynnytysten osuus on kasvanut selvästi. 20 vuotta aikaisemmin imukuppsynnytykseen päätyi 5,6 prosenttia synnytyksistä kun vuonna 2019 vastaava osuus oli 9,8 prosenttia. (Liitetaulukko 1.)

Kuvio 9. Keisarileikkaukset ensi- ja uudelleensynnyttäjillä, alle 35-vuotiaat ja 35 vuotta täyttäneet, vuosina 1999–2019, %



Vuonna 2019 vähintään yhtä kivunlievitystä oli saanut 92,8 prosenttia kaikista alateitse synnyttäneistä. Epiduraalipuudutus kivunlievityksenä on vähitellen yleistynyt. Alateitse synnyttäneistä 53,2 prosenttia sai epiduraalipuudutuksen vuonna 2019. Kymmenen vuotta aiemmin vastaava luku oli 45,1 prosenttia. Vuonna 2019 yliopistosairaloissa synnyttäneiden kohdalla tämä osuus oli hieman suurempi, 57,7 prosenttia. Vuonna 2019 alateitse synnyttäneistä ensisynnyttäjistä epiduraalipuudutuksen sai 75,8 prosenttia. (Liitetaulukko 1 ja kuvio 10.)

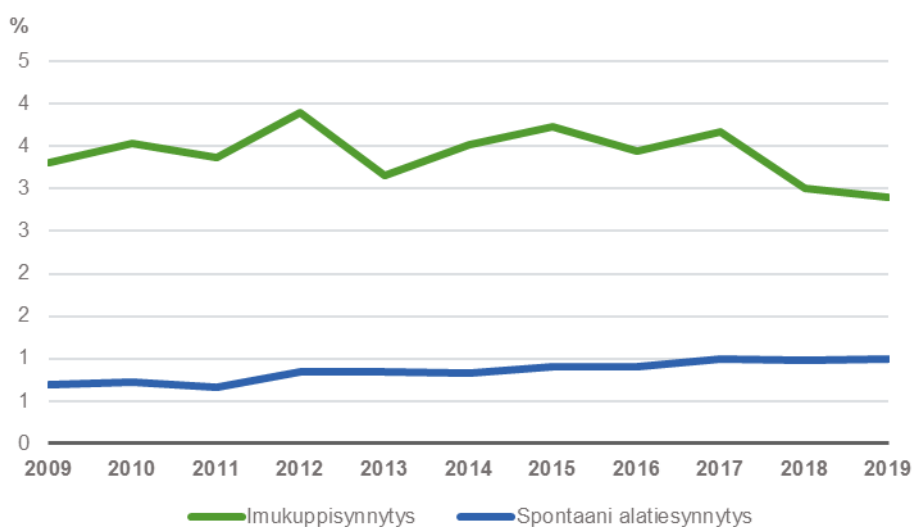
Kuvio 10. Epiduraalipuudutus, ensi- ja uudelleensynnyttäjillä vuosina 1999–2019, %

Vuonna 2019 spinaali- eli selkäydinpuudutuksen sai kaikista alateitse synnyttäneistä 19,6 prosenttia. Spinaalipuudutusta käytettiin erityisesti uudelleensynnyttäjien kivunlievitysmenetelmänä (22,3 prosenttia). Ei-lääkkeellistä kivunlievitystä (mm. akupunktio, aquarakkulat, hieronta, vesi ym.) sai kaksi viidestä synnyttäjistä (42 %) vuonna 2019. (Liitetaulukko 1.)

Välilihan leikkaukset (episiotomiat) ovat vähentyneet viimeisen 20 vuoden aikana 21 prosenttiyksikköä. Niitä tehtiin 21,3 prosentille kaikista alatiesynnyttäjistä vuonna 2019. Vastaava luku oli 42,6 prosenttia kaksikymmentä vuotta aikaisemmin.

Vuodesta 2004 lähtien on kerätty tietoa välilihan 3.–4. asteen repeämien ompeluista. Niiden osuus oli vuoteen 2011 saakka 0,9 prosenttia kaikista alatiesynnytyksistä. Vuodesta 2012 lähtien välilihan 3.–4. asteen repeämien ompeluiden määrä on hieman lisääntynyt ja oli 1,2 prosenttia vuonna 2019. (Liitetaulukko 1.)

Vuonna 2019 välilihan 3.–4. asteen repeämien osuus imukuppisynnytyksissä oli kolminkertainen (2,9 %) spontaaneihin alatiesynnytyksiin (1,0 %) nähden. (Kuvio 11.)

Kuvio 11. Välilihan 3.–4. asteen repeämien ompeluiden osuus spontaaneissa alatiesynnytyksissä ja imukuppisynnytyksissä vuosina 2009–2019, %

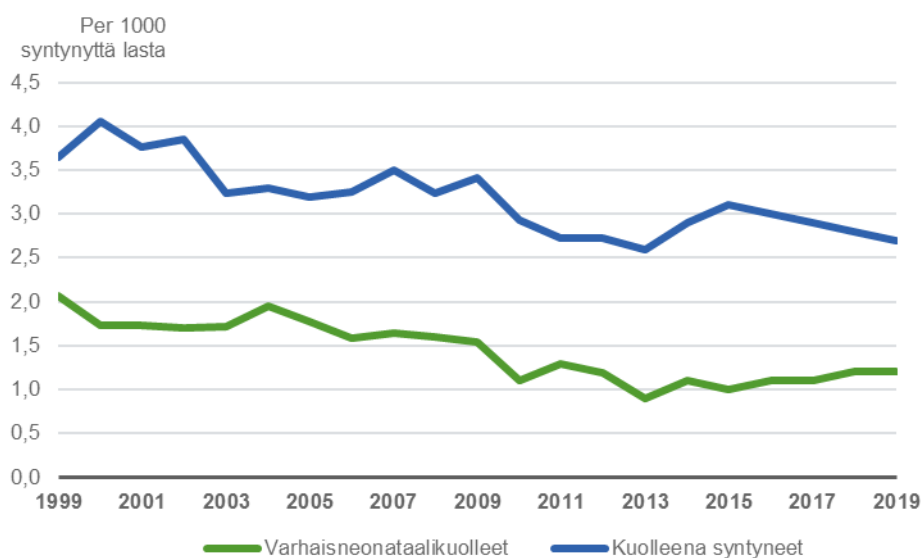
Vastasyntyneet

Poikia syntyy hieman enemmän kuin tyttöjä: vuonna 2019 ero oli 1,6 prosenttiyksikköä. Poikien keskipaino on noin sata grammaa suurempi kuin tyttöillä. Vuonna 2019 poikien keskipaino oli 3 558 g ja tyttöjen 3 437 g.

Ennenaikaisena syntyneiden lasten osuus kasvoi 1990-luvun lopulla, mutta on hiukan laskenut viime vuosina. Vuonna 2019 ennenaikaisesti syntyi 2 509 lasta eli 5,5 prosenttia kaikista syntyneistä lapsista. (Liitetaulukko 2.) Pienipainoisten (alle 2 500 g) lasten määrä on viime vuosina pysynyt vakaana. Vuonna 2019 pienipainoisia lapsia oli 4,2 prosenttia. Alle 1500 g painavia eli hyvin pienipainoisia syntyy vuosittain vajaan prosentin verran. Vuonna 2019 heitä syntyi 324 eli 0,7 prosenttia kaikista vastasyntyneistä.

Perinataalikuolleisuus on laskenut vähitellen: 2000-luvun alussa kuolleena syntyi tai ensimmäisen elinviikon aikana kuoli 5,8 lasta tuhannesta syntyneestä lapsesta. Vuonna 2019 vastaava luku oli 3,9/1 000 (179 lasta). Varhaisneonataalikuolleisuus (elävänä syntyneet, jotka kuolleet alle 7 vrk:n iässä) oli 1,2/1 000 (54 lasta) vuonna 2019. (Kuvio 12.) Perinataalikuolleisuus oli 1,2 promilleyksikköä korkeampi (4,9 promillea) 35 vuotta täyttäneillä kuin alle 35-vuotiailla synnyttäjillä (3,6 promillea).

Kuvio 12. Kuolleena syntyneet ja varhaisneonataalikuolleet (alle 7 vrk iässä kuolleet) 1 000 syntynyttä lasta kohti vuosina 1999–2019



Synnytyksiin liittyvät kuolemat

Synnytyksiin liittyviä kuolemia – kuolemansyystä riippumatta tapauksia, jotka tapahtuvat vuoden kuluessa synnytyksestä – oli vuosien 2009–2018 aikana yhteensä 67 eli 12,0/100 000 synnytystä (Taulukko 1)¹². Kuolemista 25 tapahtui synnytystä seuraavan kuuden viikon aikana. Synnytykseen liittyviä äitiyskuolemia, jossa kuolemansyy liittyy raskauteen, synnytykseen tai lapsivuoteuteen, oli 14 (2,5/100 000 synnytystä). Muita tautikuolemia oli 27 (4,8/100 000), itsemurhia 18 (3,2/100 000), murhia, tappoja ja muita tahallisia pahoinpitelyitä kaksi (0,4/100 000) ja tapaturmaisia kuolemia kuusi (1,1/100 000).

Synnytyksiin liittyviä kuolemia oli suhteellisesti eniten alle 20-vuotiailla (38/100 000) ja vähiten 25–29-vuotiailla (6/100 000). Muissa ikäryhmissä kuolemia oli 12–19/100 000. Vastaavat luvut synnytykseen liittyvien äitiyskuolemien osalta olivat 19/100 000 alle 20-vuotiailla, ei yhtään 25–29-vuotiailla ja 2–5/100 000 muissa ikäryhmissä. Synnytykseen liittyvät äitiyskuolemat olivat yleisimpiä ensisynnyttäjillä (2,6/100 000) ja toista kertaa

¹² Synnytykseen liittyvien kuolemien ja äitiyskuolemien tiedot perustuvat [Tilastokeskuksen kuoleman-syysaineistoon](#).

synnyttäneillä (2,6/100 000). Riski oli hiukan pienempi kolmatta kertaa synnyttäneillä (2,4/100 000) ja matalin vähintään neljättä kertaa synnyttäneillä (1,8/100 000).

Synnytyksiin liittyvistä äitiyskuolemista viisi liittyi spontaaniin alatiesynnytykseen (1,2/100 000) ja yhdeksän keisarileikkauksiin: yksi suunniteltuun keisarileikkaukseen (2,8/100 000), kaksi kiireelliseen keisarileikkaukseen (4,0/100 000) ja kuusi hätäkeisarileikkaukseen (99,1/100 000).

Taulukko 1. Synnytyksiin liittyvät kuolemat vuosina 2009–2018

	0–42 vrk synnytyksestä	43–364 vrk synnytyksestä	Yhteensä
Äitiyskuolema	12	2	14
Muu tautikuolema	9	18	27
Itsemurha	1	17	18
Murha, tappo tai muu tahallinen pahoinpitely	-	2	2
Tapaturmainen kuolema	3	3	6
Yhteensä	25	42	67

Käsitteet ja määritelmät

Elävänä syntynyt: Vastasyntynyt, joka raskauden kestosta ja painosta riippumatta synnyttyään hengittää tai osoittaa muita elonmerkkejä, kuten sydämenlyöntejä, napanuoran sykintää tai tahdonalaisten lihasten liikkeitä riippumatta siitä, onko istukka irtaantunut tai napanuora katkaistu.

Ennenaikainen synnytys: Raskauden kesto syntymähetkellä alle 37+0 raskausviikkoa eli enintään 258 vrk (< 37+0 vrk tai < 259 vrk).

Epiduraalipuudutus: Synnytyksen aikainen kivunlievitysmenetelmä, jossa puudute ruis-kutetaan synnytyksen avautumis-vaiheen aikana selkäytimen ja luukanavan väliseen epiduraalitalaan.

Episiotomia: Episiotomia eli välilihan leikkaus on kirurginen toimenpide, jossa emätintä laajennetaan synnytyksen helpottamiseksi.

Hoitopäivien keskiarvo: Synnytyksen jälkeinen hoitoaika sairaalassa lasketaan lapsen syntymäpäivästä lähtien.

Hyvin pieni syntymäpaino: Vastasyntyneen lapsen tai sikiön paino, joka on alle 1 500 grammaa (< 1 500 g).

Imeväiskuolleisuus: Alle vuoden (lapsen ikä < 1 v tai < 365 vrk, karkausvuonna < 366 vrk tai syntymästä 0–364 vrk, karkausvuonna syntymästä 0–365 vrk) ikäisenä eli ensimmäisen elinvuoden aikana kuolleet lapset 1 000 elävänä syntynyttä kohti.

Imukuppisynnytys: Päätarjonnassa olevan sikiön syntymistä nopeutetaan käyttämällä imukuppia, joka kiinnittyy sikiön päähän ja josta vetäen autetaan ponnistusvaihetta.

Keisarileikkaus: Keisarileikkaus eli sektio on kirurginen toimenpide, jossa sikiö syntyy leikkauksessa vatsanpeitteiden ja kohdun seinämän läpi tehtyjen viiltojen kautta ja napanuora katkaistaan välittömästi.

Kokonaishedelmällisyysluku: Laskennallinen elävänä syntyneiden määrä, jonka yksi nainen synnyttää koko hedelmällisyyskautenaan edellyttäen, ettei hän kuole ennen tämän kauden päättymistä ja että kyseisen vuoden ikäryhmittäiset hedelmällisyysluvut ovat voimassa koko hedelmällisyyskauden.

Kuolleena syntynyt: Sikiö tai vastasyntynyt, jolla syntyessään ei todeta elävänä syntyneen elonmerkkejä ja jonka syntymätapahtuma täyttää synnytyksen määritelmän ($\geq 22+0$ vrk tai ≥ 500 g).

Painoindeksi (Body Mass Index, BMI): Mitta-arvo, jonka avulla voidaan arvioida ihmisen pituuden ja painon sopuuhaisuutta. Laskukaava= $\text{paino (kg)}/(\text{pituus m})^2$.

Perinataalivaihe: Perinataalivaihe alkaa kun raskaus on kestänyt vähintään 22+0 raskausviikkoa (raskauden kesto $\geq 22+0$ vrk, jolloin sikiön/lapsen paino on tavallisesti noin 500 g) ja päättyy, kun syntymästä on kulunut enintään seitsemän täyttä vuorokautta (syntymästä 0–6 vrk tai lapsen ikä < 7 vrk).

Perinataalikuolleisuus: Kuolleena syntyneiden ja ensimmäisen elinviikon aikana (syntymästä 0–6 vrk tai lapsen ikä < 7 vrk) kuolleiden lasten määrä 1 000 kaikkia syntyneitä lapsia (elävänä ja kuolleena syntyneet) kohti.

Pre-eklampsia (raskausmyrkytys): Tila, jossa raskaana olevan verenpaine on kohonnut ja valkuaista erittyy virtsaan (lievässä pre-eklampsiaassa ainoastaan hieman). (ICD-10-diagnoosit O13 ja O14).

Raskausdiabetes: Raskausdiabeteksella eli gestaatiidiabeteksella tarkoitetaan raskauden aikana ensimmäisen kerran todettua sokeriaineenvaihdunnan häiriötä.

Sokerirasitustesti: 12 tunnin paaston jälkeen tehtävä kaksi tuntia kestävä testi, jossa mitataan verensokerin paastoarvo, minkä jälkeen juodaan 75 g sokeria sisältävä liuos ja mitataan verensokeri uudestaan yhden ja kahden tunnin kuluttua. Raskausdiabetes on kyseessä silloin, kun kahden tunnin sokerirasituksessa yksikin arvo on poikkeava.

Spinaalipuudutus: Synnytyksen aikainen kivunlievitys menetelmä, jossa puuduteaine laitetaan kovakalvon ja lukinkalvon muodostaman yhtenäisen kalvorakenteen läpi selkäydinnesteeseen. Spinaalipuudutus on kertapuudutus ja sen kesto on selvästi epiduraalipuudutusta lyhyempi.

Spontaani alatiesynnytys: Alatiesynnytys, jossa synnytyksen kulkua ei ole edistetty tai autettu perätilan ulosautolla, pihdeillä tai imukupilla.

Synnytykseen liittyvät kuolemat: Kuolemansyystä riippumatta kuolemat, jotka tapahtuvat vuoden kuluessa synnytyksestä. Kuolemat on jaettu äitiyskuolemin (peruskuolemansyy liittyy raskauteen, synnytykseen tai lapsivuoteuteen ICD-10: O00–O99), muihin tautikuolemiin (ICD-10-luokat A–N ja P–R), itsemurhiin (X60–X84, Y87.0), murhiin, tappoihin ja muihin tahallisiin pahoinpitelyihin (X85–Y09, Y87.1) ja tapaturmaisiin kuolemiin (V01–X59, Y10–Y89 paitsi Y87.0 ja Y87.1). Mukana ei ole niitä tapauksia, joissa raskaus päättyi ennen 22 raskausviikkoa.

Synnytykseen liittyvä äitiyskuolema: Kuolema, jossa peruskuolemansyy liittyy raskauteen, synnytykseen tai lapsivuoteuteen (ICD-10: O00–O99) ja jotka tapahtuvat vuoden kuluessa synnytyksestä.

Synnytys (syntynyt lapsi): Vähintään 22 raskausviikon ($\geq 22+0$ rvk) ikäisen tai vähintään 500 gramman (≥ 500 g) painoisen yhden tai useamman sikiön tai lapsen (≥ 1) alateitse tai keisarileikkauksella syntymiseen johtava tapahtuma. Elävänä syntyneen lapsen syntymä on aina synnytys. Raskauden kestosta ja sikiön painosta riippumatta raskauden keskeyttäminen, joka tehdään raskauden keskeyttämisestä annetun lain nojalla, ei ole synnytys.

Tupakointi raskauden aikana: Tieto perustuu synnyttäjän omaan ilmoitukseen tupakoinnista. Prosenttiluvut on laskettu synnyttäjistä, jotka ovat vastanneet tupakointia koskevaan kysymykseen.

Täysiaikainen vastasyntynyt: Vastasyntynyt lapsi tai sikiö, jonka raskauden kesto syntymähetkellä on vähintään 37+0 raskausviikkoa, mutta alle 42+0 raskausviikkoa ($37+0$ rvk \leq raskauden kesto $< 42+0$ rvk tai 259 vrk \leq raskauden kesto < 294 vrk). Raskauden kesto syntymähetkellä 37+0–42+0 raskausviikkoa.

Varhaisneonataalikuolleisuus: Elävänä syntyneiden ensimmäisen elinviikon aikana (< 7 vrk) kuolleiden lasten määrä tuhatta elävänä syntyntä lasta kohti.

Taulukoissa käytetyt symbolit

.. tietoa ei ole saatu, se on liian epävarma esitettäväksi tai se on salassapitosäännön alainen

– ei yhtään havaintoa

www.thl.fi/tilastot/perinataalitalasto

Laatuseloste (SVT)

Perinataalilasto – synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet

Tilastotietojen relevanssi

Syntyneiden lasten rekisteri (syntymärekisteri) aloitti toimintansa vuonna 1987. Rekisteri sisältää tietoja kaikista Suomessa synnyttäneistä äideistä ja syntyneistä lapsista 7 vrk:n ikään asti. Rekisterin tarkoituksena on kerätä tietoja äitiyshuollon, synnytystoiminnan ja vastasyntyneiden hoidon tutkimusta ja kehittämistä sekä järjestämistä varten. Täydentäviä tietoja on saatavissa THL:n hoitoilmoitusrekisteristä.¹³

Syntymärekisterin tilasto- ja tietokantaraporteissa esitetään lukumäärä- ja prosenttitietoja synnyttäjistä, synnytyksistä ja vastasyntyneistä.

Tilastoraportit on tarkoitettu lisääntymisterveyttä koskevia tietoja työssään tarvitseville terveydenhuollon ammattihenkilöille, hallintoviranomaisille, suunnittelijoille ja tutkijoille.

Tilastoraportin tekstiosassa on esitetty rekisterissä käytetyt käsitteet.

Tietojen keruu perustuu lakiin Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksesta (THL) (668/2008).

Tilastotutkimuksen menetelmäkuvaus

Rekisteriin kerätään tiedot kaikista elävänä syntyneistä lapsista ja niistä kuolleena syntyneistä, joiden raskauden kesto on vähintään 22+0 viikkoa tai joiden syntymäpaino on vähintään 500 g. Jokaisesta syntyneestä lapsesta on sairaalan täytettävä seitsemän päivän ikään mennessä lomake, joka lähetetään sähköisessä muodossa THL:n syntymärekisteriin. Kotisyntyneiden osalta lomakkeen täyttämistä huolehtii synnytyksessä avustanut kätilö tai lääkäri.

Vuodesta 2005 lähtien on lisäksi kerätty vielä tarkempaa tietoa pienistä keskosista. Näihin pieniin keskosiin lasketaan ne elävänä syntyneet lapset, joiden syntymäpaino on alle 1500 grammaa tai joiden raskauden kesto syntymähetkellä on alle 32+0 viikkoa. Vuodesta 2008 lähtien määritelmää muutettiin niin, että mukana ovat myös tasan 1500 grammaa painaavat, elävänä syntyneet lapset.

Synnytykseen liittyvien kuolemien ja äitiyskuolemien tiedot perustuvat Tilastokeskuksen kuolemansyysaineistoon.¹⁴ Vuosien 2009–2018 syntyneiden lasten rekisterin tiedot on yhdistetty kuolemansyysaineistoon, ja äitiyskuolleisuustiedot esitetään ensimmäistä kertaa osana perinataalilastoa. Synnytykseen liittyvien kuolemien ja synnytykseen liittyvien äitiyskuolemien määrä on suhteutettu 100 000 synnytykseen synnytyksvuoden mukaan. Äitiyskuolleisuus lasketaan kuolinvuoden mukaan ja suhteutetaan 100 000 elävänä syntyneeseen lapseen. Vuotta 2019 koskeva kuolemansyysaineisto valmistuu joulukuussa 2020 ja siihen liittyvät tiedot esitetään vuonna 2021 julkaistavassa perinataalilastossa.

Tietojen oikeellisuus ja tarkkuus

Tiedot ovat oikeita, jos tiedonantajat ovat ilmoittaneet ne oikein. Sairaaloiden THL:lle lähettämät tiedot tarkistetaan. Puuttuvat sekä virheelliseksi epäillyt tiedot tarkistetaan sairaaloista ja korjataan tietokantaan.

Syntymärekisteristä puuttuu pieni osa vastasyntyneistä. Tämän vuoksi syntymärekisteriä täydennetään Digi- ja väestötietoviraston (DVV) elävänä syntyneiden lasten tiedoilla sekä Tilastokeskuksen kuolleena syntyneiden ja ensimmäisen viikon aikana kuolleiden lasten tiedoilla. Tilastojen kattavuus on arvioitu olevan sata prosenttia näiden lisäysten jälkeen.

Vuosina 1990, 1996, 2004 ja 2017 on rekisterin tietosisältöä muutettu luotettavuuden parantamiseksi sekä tietosisällön ajantasaistamiseksi. Aiemmat tietosisällöt löytyvät paperiversioina ja sähköisesti lomakkeina ja ohjekirjoina arkistoituna.

¹³ <https://www.thl.fi/fi/tilastot/tiedonkeruut/hoitoilmoitusjarjestelma-hilmo>

¹⁴ [Kuolemansyyt](#)

Julkaistujen tietojen ajantasaisuus ja oikea-aikaisuus

Perinataaltilasto – synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet -tilastoraportti on THL:n kerran vuodessa tuottama tilasto. Ennakkotiedot pyritään julkaisemaan kesä-heinäkuun vaihteessa ja varsinaisen tilastoraportti ilmestyy syksyllä. Ennakkotiedoissa julkaistaan ainoastaan aikasarjatilastot kolmena taulukkona.

THL:n verkkosivuilla julkaistaan tilastoraportin yhteydessä myös tietokantaraportit synnyttäjistä, synnytystoimenpiteistä ja vastasyntyneistä. Tietokantaraportit eli tiivisteet ja kuutiot mahdollistavat käyttäjän omat valinnat ja tiedonhaun rekisteriaineistosta. Kuutioissa ja tiivisteissä on mahdollista tarkastella tietoja alueittain, sairaalan koon mukaan ja sairaaloittain sekä vuosittain että kaksivuotisjaksoissa vuodesta 2007 lähtien.

Tilastoraporttien tilastot perustuvat edellisen kalenterivuoden aikana tapahtuneiden synnytysten tietoihin. Sairaalat lähettävät sairaalakohtaiset tiedot syntymärekisteriin viimeistään lapsen syntymävuotta seuraavan vuoden helmikuun loppuun mennessä. Aineisto on valmis DVV:n tietojen ja Tilastokeskuksen kuolemansyytietojen yhdistämisen jälkeen viimeistään tilastovuotta seuraavana syksynä.

Tietojen saatavuus ja läpinäkyvyys/selkeys

Tilastoraportit lähetetään sähköisesti synnytyksiä hoitaviin sairaaloihin ja julkaistaan THL:n verkkosivuilla. Tietoja julkaistaan kunnittain myös tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanetissä.

Syntymärekisterin tietoja toimitetaan myös kansainvälisiin tilastoihin (OECD, Nomesko, WHO, Eurostat, YK ja Pohjoismaiset perinataaltilastot).

Findata voi tehdä tarkempia eri rekisteriaineistoja yhdisteleviä taulukoita ja myöntää tutkijoille luvan syntymärekisterin tietojen käyttöön tieteellisessä tutkimuksessa.

Tilastojen vertailukelpoisuus

Vuosina 1990, 1996, 2004 ja 2017 on tehty tietosisältöuudistukset rekisterin luotettavuuden parantamiseksi sekä tietosisällön ajantasaistamiseksi. Vuonna 2004 rekisteriin lisättiin uusina muuttujina äidin paino ja pituus ennen raskautta, äidin raskaudenaikaiset sairaudet ICD-10 koodeina, synnytyksen kesto, äidin synnytyksen aikaisia diagnooseja ICD-10 koodeina ja lapsen päänympäryys. Vuonna 2017 rekisteriin lisättiin uusina muuttujina foorihappolisän säännöllinen käyttö ennen 12. raskausviikkoa, sikiön poikkeavuuksien seurantaa ja jatkotutkimukset, seulontatuloksia, alkuraskauden infektioseula, streptokokki B-seula, IV-PCA, kaksosuuden tyyppi, lapsen saama ravinto 7 vrk:n iässä tai sitä ennen sairaalasta poistuessa ja lisämaidon saanti. Lisäksi muutamiin jo olemassa oleviin muuttujiin tehtiin muutoksia ja tarkennuksia, jotta lomake vastaisi paremmin nykyisiä hoitokäytäntöjä.

Tilastoraporteissa esitetyt vuosittaiset tilastotiedot vuodesta 1987 alkaen ovat vertailukelpoisia keskenään. Lomakeuudistusten yhteydessä osa sairaaloista ei kuitenkaan pysty heti toimittamaan kaikkia muuttuneita tai lisättyjä tietoja uuden tietosisällön mukaisesti ja lomakeuudistuksiin liittyy muutaman vuoden ylimenokausi ennen kuin esimerkiksi uusia muuttujia voidaan raportoida kattavasti. Esimerkiksi synnyttäjien painotieto ei ole vertailukelpoista vielä vuosina 2004 ja 2005, sillä kaikki muuttujat lisättiin uutena rekisteriin vuonna 2004. Vuotta 2019 koskevassa tilastoraportissa ei ole vielä raportoitu mitään vuodesta 2017 alkaen kerättyjä muuttujia, koska kaikki sairaalat eivät toimittaneet tietoja vielä THL:lle uuden tietosisällön mukaisesti.

Tietoa synnyttäjän pituudesta ja painosta ennen raskautta on kerätty vuodesta 2004 lähtien. Kattavasti tietoa on saatu vuodesta 2006 lähtien. Puuttuvan tiedon osuus oli 6 % vuonna 2019.

Tieto tupakoinnista raskauden aikana perustuu synnyttäjän omaan ilmoitukseen tupakoinnista. Puuttuvan tiedon osuus oli 9,6 prosenttia vuonna 2019.

Ennakkotiedoissa ei syntyneiden lasten rekisteriin ole yhdistetty DVV:n elävänä syntyneiden lasten ja Tilastokeskuksen kuolemansyyrekisterin kuolleena syntyneiden lasten tietoja. Tiedot eivät kuitenkaan olennaisesti muutu varsinaisessa tilastoraportissa. Ennako-

tiedoissa esitetään synnyttäjien, synnytysten ja vastasyntyneiden lukumäärä- ja prosenttitiedot ainoastaan koko maan tasolla.

Tilastokeskuksen ja THL:n syntymärekisterin elävänä syntyneiden lukumäärät ja imeväiskuolleisuusluvut poikkeavat jonkin verran toisistaan. Erot johtuvat erilaisista laskentatavoista. Tilastokeskus kerää tiedot kaikista syntyneistä lapsista, joiden äidin vakituinen asuinpaikka on lapsen syntymähetkellä Suomessa synnytyspaikasta riippumatta. THL:n syntymärekisterissä on mukana kaikki Suomessa syntyneet lapset, myös ulkomaalaiset lapset. Edelleen imeväiskuolleisuusluku lasketaan Tilastokeskuksessa kuolinvuoden ja THL:n syntymärekisterissä syntymävuoden mukaan. Tilastokeskuksen antamat luvut ovat virallisia tietoja.

Selkeys ja eheys/ yhtenäisyys

Raskauteen ja vastasyntyneisyyteen liittyvät määritelmät ja käsitteet pohjautuvat ICD-10 tautiluokitukseen sekä Suomalainen tautien kirjaamisen ohjekirjaan.

Tilastoraporteissa käytetään myös pääosin vakiintuneita kansainvälisiä käsitteitä ja luokituksia (esimerkiksi repeämät, joista III ja IV asteen repeämät lasketaan vakaviksi, synnytystavan luokittelu, BMI-luokittelu).

Vuoden 2019 tilaston erityiskysymykset

Syntyneiden lasten rekisterissä otettiin vuoden 2017 alussa käyttöön uusi tietosisältö. Rekisteriin lisättiin uusina muuttujina foolihappolisän säännöllinen käyttö ennen 12. raskausviikkoa, sikiön poikkeavuuksien seulonta ja jatkotutkimukset, seulontatuloksia, alkuraskauden infektioseula, streptokokki B-seula, IV-PCA, kaksosuuden tyyppi, lapsen saama ravinto 7 vrk:n iässä tai sitä ennen sairaalasta poistuessa ja lisämaidon saanti. Lisäksi muutamiin jo olemassa oleviin muuttujiin tehtiin muutoksia ja tarkennuksia, jotta lomake vastaisi paremmin nykyisiä hoitokäytäntöjä.

Kattavuusongelmien vuoksi uusia muuttujia ei vielä raportoida vuoden 2019 tiedoissa. HUS-alueen sairaalat (Naistenkliniikka, Lohjan sairaala, Hyvinkään sairaala, Jorvin sairaala) eivät vielä pystyneet toimittamaan syntyneiden lasten rekisterin tietoja uuden tietosisällön mukaisesti johtuen tietojärjestelmäpäivityksistä.



Perinatalstatistik – föderskor, förlossningar och nyfödda 2019

Rökning under graviditet minskat

CENTRALA RÖN

- Antalet födda barn fortsätter att minska år 2019.
- Genomsnittsåldern för alla föderskor var 31,2 år, för förstföderskor 29,5 år.
- Andelen gravida som röker har minskat.
- Andelen av överviktiga föderskor var 41,9 % och andelen av feta föderskor var 17 %.
- Andelen av kejsarsnitt var större än någonsin (17,5 %).

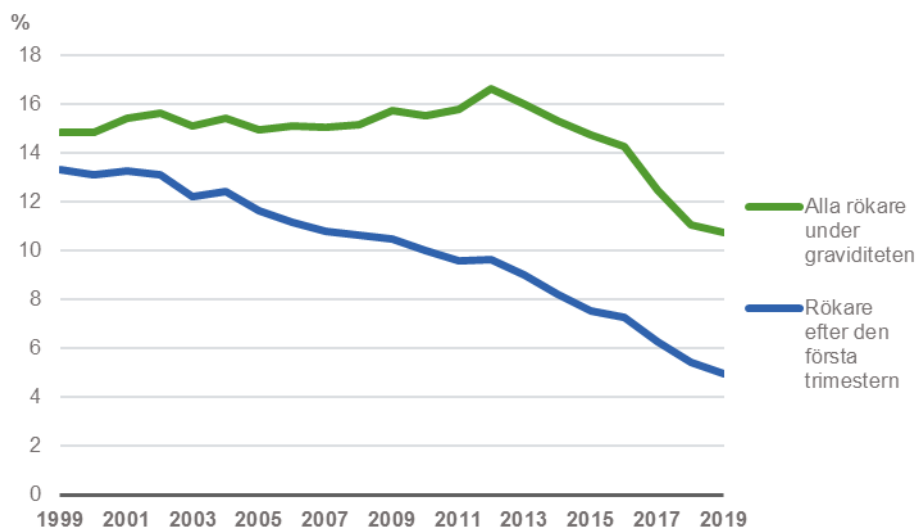
År 2019 föddes 45 870 barn i Finland, vilket var 4,3 procent mindre än 2018. Antalet barn som föds har oavbrutet minskat sedan 2011.

Andelen kvinnor som röker under graviditeten har minskat under de senaste åren. År 2019 10,7 % av föderskorna 2019 rökte under tidig graviditet. 53,9 procent av alla som rökte under graviditeten slutade under den första trimestern. Motsvarande andel var 33,3 procent tio år tidigare.

För andra gången var föderskornas genomsnittliga viktindex (BMI före graviditeten) över 25 (25,3 år 2019). Av alla föderskor 41,9 % var överviktiga, dvs. viktindexet var 25 eller högre och 16,3 procent feta (BMI \geq 30).

Genomsnittsåldern för föderskor har stigit under de senaste åren. År 2019 var genomsnittsåldern för alla föderskor 31,2 år och för förstföderskor 29,5 år. 24,4 procent av alla föderskor var över 35 år. Andelen föderskor under 20 år av alla föderskor förblev oförändrat och var 1,3 procent år 2019.

Figur 1. Rökning under graviditeten år 1999–2019, % föderskor



Sirkka Kiuru

fornamn.efternamn@thl.fi

Mika Gissler

fornamn.efternamn@thl.fi

Anna Heino

fornamn.efternamn@thl.fi



Begrepp och definitioner

Dödfödd: Foster eller nyfödd som vid födelsen inte uppvisar livstecken och vars födelse överensstämmer med definitionen på en förlossning ($\geq 22+0$ gv eller ≥ 500 g).

Epiduralblockad: Metod för smärtlindring som används under förlossningen och där lokalbedövningsmedlet i förlossningens öppningsskede sprutas in i epiduralrummet som finns mellan ryggmärgshinnan och ryggmärgskanalen.

Episiotomi: Episiotomi, dvs. mellangårdsklipp, är ett kirurgiskt ingrepp där vaginan utvidgas för att underlätta förlossningen.

Fullgången nyfödd: Ett nyfött barn eller foster, som fötts tidigast vid 37+0 graviditetsveckor, men före 42+0 graviditetsveckor ($37+0$ gv \leq graviditetens längd $\leq 42+0$ gv eller 259 d \leq graviditetens längd ≤ 294 d). Gestationsåldern vid födelsen 37+0–42+0 graviditetsveckor.

Förlossning (ett nyfött barn): Händelse som leder till att ett eller flera foster eller barn (≥ 1) vars gestationsålder är minst 22 veckor ($\geq 22+0$ graviditetsveckor) eller vars vikt är minst 500 gram (≥ 500 g) föds vaginalt eller genom kejsarsnitt. Födelsen av ett levande barn är alltid en förlossning. Fall där en graviditet avbryts med stöd av lagen om avbrytande av havandeskap betraktas inte som en förlossning, oberoende av graviditetens längd och fostrets vikt.

Förlossning med sugklocka: Förlossningen av ett foster i huvudbjudning påskyndas med hjälp av en sugklocka som fästs på fostrets huvud och som man drar i för att hjälpa ut fostret i utdrivningsskedet.

Förlossningsrelaterade dödsfall: Oavsett dödsorsaken dödsfall som inträffar inom ett år efter förlossningen. Dödsfall delas in i mödradöd (primär dödsorsak relaterad till graviditet, förlossning eller barnasängstid ICD-10: O00–O99), andra dödsfall på grund av sjukdom (ICD-10-grupper A–N och P–R), självmord (X60–X84, Y87.0), mord, dråp och andra avsiktliga övergrepp (X85–Y09, Y87.1) och oavsiktliga dödsfall (V01–X59, Y10–Y89 utom Y87.0 och Y87.1). Det finns inga fall där graviditeten slutade före 22 graviditetsveckor.

Genomsnittligt antal vård dygn: Vårdtiden efter förlossningen på sjukhus beräknas från och med barnets födelsedag.

Glukosbelastningstest: Efter 12 fastande en två timmars test för att mäta blodsocker följt av att man dricker 75 g sockerhaltig lösning och mäter blodsockret igen efter en och två timmar. Graviditetsdiabetes diagnostiseras i fall någon av mätningar är abnormal

Graviditetsdiabetes: Med graviditetsdiabetes, dvs. gestationsdiabetes, avses en störning i glukosämnesomsättningen som konstateras för första gången under graviditeten.

Kejsarsnitt: Kejsarsnitt är ett kirurgiskt ingrepp där fostret föds operativt genom bukvägg och skärningar i livmodern och navelstängen avbryts omedelbart.

Levande född: Nyfödd som oberoende av vikt och graviditetens längd efter födelsen andas eller uppvisar andra livstecken som att hjärtat slår, navelsträngen pulserar eller de viljestyrda musklerna rör sig, oavsett om moderkakan har lösgjort sig eller navelsträngen kapats.

Mödradöd relaterad till förlossning: Död med en primär dödsorsak relaterad till graviditet, förlossning eller barnasängstid (ICD-10: O00–O99), som inträffar inom ett år efter förlossningen.

Neonatal dödlighet: Antalet levande födda barn som avlidit under den första levnadsveckan (< 7 dygn) per 1 000 levande födda barn.

Mycket låg födelsevikt: Ett nyfött barn eller foster som väger under 1 500 gram ($< 1 500$ g).

Perinatal dödlighet: Antalet dödfödda och antalet barn som avlidit under den första levnadsveckan (0–6 d från födelsen eller barnets ålder < 7 d) per 1 000 födda (både levande- och dödfödda).

Perinatal period: Den perinatale perioden börjar då graviditeten pågått i 22+0 graviditetsveckor (då fostrets/barnets vikt vanligen är cirka 500 g) och upphör när det gått högst sju hela dygn efter födelsen (0–6 d efter födelsen eller barnets ålder < 7 d).

Preeklampsi (havandeskapsförgiftning): Ett tillstånd där den gravida kvinnans blodtryck är förhöjt och protein utsöndras i urinen (vid lindrig preeklampsi endast i liten omfattning). (ICD-10-diagnoserna O13 och O14).

Prematur förlossning: Graviditetens längd vid förlossningen understiger 37+0 graviditetsveckor, d.v.s. högst 258 dygn (<37+0 gv eller <259 d).

Rökning under graviditeten: Uppgifterna baserar sig på föderskornas egen utsaga om rökning. Procentalet har räknats utgående från antalet föderskor som svarat på frågan om rökning.

Spinalblockad: Metod för smärtlindring som används under förlossningen och där bedövningsmedlet sprutas in i ryggmärgsvätskan genom den hinnstruktur som utgörs av hårda ryggmärgshinnan och spindelvävshinnan. Spinalblockad är en engångsbedövning och varar betydligt kortare än epiduralblockad.

Spontan vaginal förlossning: Vaginal förlossning där förlossningsförloppet inte har påskyndats eller underlättats genom manuell sätesförlossning, med tång eller med sugklocka.

Spädbarnsdödlighet: Antalet dödsfall bland barn under ett år (barnets ålder < 1 år eller 365 d, vid skottår < 366 d eller 0–364 d från födelsen, vid skottår 0–365 d från födelsen) alltså barn som dött under sitt första levnadsår, per 1 000 levande födda.

Summerad fruktsamhet: Det kalkylmässiga antalet levande födda som en kvinna föder under hela sin fruktsamma period förutsatt att hon inte dör före periodens slut och att fruktsamhetstalen enligt åldersgrupp för året i fråga gäller under hela perioden.

Viktindex (Body Mass Index, BMI): Ett mått med vilket man kan bedöma proportionaliteten mellan en människas vikt och längd. Formel = vikt (kg) / (längd m)².

Följande tecken används i tabeller

.. uppgift inte tillgänglig, alltför osäker för att anges eller sekretessbelagd

– värdet noll

www.thl.fi/statistik/perinatalstatistik

Kvalitetsbeskrivning (FOS)

Perinatalstatistik – Föderskor, förlossningar och nyfödda

Statistikuppgifternas relevans

Registret över födda barn (födelseregistret) inledde sin verksamhet 1987. Registret innehåller uppgifter om samtliga kvinnor som fött barn i Finland och om de födda barnen upp till sju dygns ålder. Syftet med registret är att samla in statistikuppgifter för undersökning, utveckling och anordnande av mödra- och förlossningsvård samt vård av nyfödda. Kompletterande information finns tillgänglig från THLs vårdanmälningsregister.

I statistikrapporten om födelseregistret redovisas antal och procentuppgifter om föderskor, förlossningar och nyfödda i hela landet.

Statistikrapporten riktar sig till hälso- och sjukvårdspersonal, förvaltningsmyndigheter, planerare och forskare som behöver uppgifter om reproduktionshälsa. De behöver så aktuella och detaljerade statistikuppgifter om förlossningar och nyfödda som möjligt.

I statistikrapportens textdel presenteras de begrepp som används.

Datainsamlingen bygger på lagen om Institutet för hälsa och välfärd (668/2008).

Metodbeskrivning

För registret samlas uppgifter in om alla levande födda barn och de dödfödda barn vilkas gestationsålder var minst 22+0 veckor eller vilkas födelsevikt var minst 500 g. För varje barn som föds ska sjukhuset fylla i en blankett innan barnet är sju dagar gammalt, och sända den antingen i pappersformat eller elektroniskt till födelseregistret hos Institutet för hälsa och välfärd THL. I samband med hemförlossningar ser den barnmorska eller läkare som assisterat vid förlossningen till att blanketten fylls i.

Från och med 2005 har man dessutom samlat in mer detaljerade uppgifter om små prematurer. Till dem räknas de levande födda barn vars födelsevikt är under 1 500 gram eller gestationsålder vid födelsen mindre än 32+0 veckor. Från och med 2008 ändrades definitionen så att även levande födda barn som väger exakt 1 500 gram inräknas.

Uppgifter om födelserelaterade dödsfall och mödradödsfall baserar sig på Statistikcentralens material för dödsorsaksstatistik. Uppgifter om registret över barn födda 2009–2018 har sammankopplats med uppgifter om dödsorsaker, och information om mödradödlighet presenteras för första gången som en del av perinatalstatistik. Antalet födelserelaterade dödsfall och mödradöd relateras till 100 000 förlossningar per födelseår. Mödradödlighet statistikförs enligt dödsår och relateras till 100 000 levande födda. Uppgifter om dödsorsaken för 2019 kommer att bli färdiga i december 2020 och dessa uppgifter presenteras i den perinatalstatistik som publiceras år 2021.

Uppgifternas exakthet och tillförlitlighet

Uppgifterna är korrekta om uppgiftslämnarna har meddelat dem rätt. Institutet för hälsa och välfärd (THL) granskar de uppgifter som sänds in av sjukhusen. Bristfälliga eller miss-tänkt felaktiga uppgifter kontrolleras med sjukhusen och korrigeras i databasen.

I födelseregistret saknas en liten andel av de nyfödda. Därför kompletteras födelseregistret med Myndighetens för digitalisering och befolkningsdata uppgifter om levande födda och Statistikcentralens uppgifter om dödfödda barn och barn som dött under den första levnadsveckan. Statistikens har beräknats vara hundraprocentig efter dessa kompletteringar.

Åren 1990, 1996 2004 och 2017 ändrades registerinnehållet för åstadkommande av större tillförlitlighet. De tidigare datainnehållen finns arkiverade som pappersversioner samt elektroniska blanketter och instruktioner.

Uppgifternas aktualitet och rättidighet i publikationerna

Statistikrapporten Perinatalstatistik – föderskor, förlossningar och nyfödda (tidigare Förlossningar och nyfödda) är statistik som sammanställs av THL en gång per år. De preliminära uppgifterna ges ut vid månadsskiftet juni–juli och den egentliga statistikrapporten vid månadsskiftet september–oktober. I de preliminära uppgifterna publiceras endast tidsseriestatistiken som en tabell.

THL publicerar i sin webbplats i samband med statistikrapporten databasrapporter om gravida kvinnor, förlossningsåtgärder och nyfödda barn. Databasrapporter, dvs. sammanfattningar och kuber, möjliggör användarens egna val och informationssökning i registermaterialet. Med sammanfattningar avses färdiga sammanfattningar av ämnesrådets centrala information i form av diagram. Kuber möjliggör en mer mångsidig granskning av informationen. Med kuber och sammanfattningar kan man redovisa data efter region, sjukhusets storlek och sjukhus sedan 2007.

Statistikrapporterna bygger på data om det föregående kalenderårets förlossningar. En del av tabellerna är dock utformade i två års perioder för att minska slumpvariationen. Sjukhusen sänder in de sjukhusspecifika uppgifterna senast före utgången av mars året efter barnets födelseår. Materialet blir färdigt efter sammanslagningen av Myndighetens för digitalisering och befolkningsdata uppgifter och Statistikcentralens uppgifter om dödsorsaker senast följande höst efter statistikåret.

Uppgifternas tillgänglighet och transparens/tydlighet

Statistikrapporterna sänds till sjukhus med förlossningsverksamhet och offentliggörs på THL:s webbsidor. Uppgifter publiceras också kommunvis i Statistik- och indikatorbanken Sotkanet.

Födelseregistrets uppgifter ingår även i internationell statistik (OECD, Nomesko, WHO, Eurostat, FN och Nordisk perinatalstatistik).

[Findata](#) kan bearbeta noggrannare tabeller ur olika register och ge forskare tillstånd att använda födelseregistrets uppgifter för vetenskaplig forskning.

Statistikens jämförbarhet

Åren 1990, 1996, 2004 och 2017 förnyades blanketten för att förbättra registrets tillförlitlighet. År 2004 infördes nya parametrar i blanketten. Dessa är mammans vikt och längd före graviditeten, mammans sjukdomar under graviditeten som ICD-10 koder, förlossningens längd, mammans sjukdomar vid förlossningen som ICD-10 koder och barnets huvudomkrets. Därtill ändrades och precisades några redan existerande parametrar för att öka blankettens motsvarighet med nuvarande vårdpraxis. År 2017 lades följande till i registret som nya parametrar: regelbunden användning av folsyratillägg före 12 graviditetsveckan, fosterscreening och vidare undersökningar, screeningresultat, infektionsscreening under tidig graviditet, streptokock B-screening, tvillingtyp, barnets näring vid 7 veckors ålder eller före det när det lämnar sjukhuset och mjölk tillägg. Dessutom gjordes ändringar och preciseringar i några existerande parametrar för att blanketten bättre ska motsvara nuvarande vårdpraxis.

De årliga statistikuppgifterna som sedan 1987 presenteras i statistikrapporterna är sinsemellan jämförbara. En del sjukhus kan emellertid inte genast leverera alla ändrade eller tillagda uppgifter enligt det nya informationsinnehållet i samband med att blanketten förnyas och därför införs en övergångsperiod på några år innan exempelvis de nya parametrarna kan rapporteras heltäckande. Uppgiften om föderskornas vikt är exempelvis ännu inte jämförbar åren 2004 och 2005, för parametern lades till som ny i registret 2004. I statistikrapporten för 2017 rapporterades ännu inte parametrar som samlats in från och med 2017 på grund av att alla sjukhus ännu inte levererade uppgifter till THL enligt det nya informationsinnehållet.

Uppgifter om föderskans längd och vikt har samlats in från och med 2004. Omfattande uppgifter har samlats in sedan 2006. Andelen saknad information var 6 procent år 2019.

Uppgifterna om rökning under graviditeten baserar sig på föderskornas egen utsaga om rökning. Andelen information som saknas var 9,6 procent år 2019.

De preliminära uppgifterna innehåller inte sammanslagningar av Myndighetens för digitalisering och befolkningsdata uppgifter om levande födda barn och uppgifterna om dödfödda barn ur Statistikcentralens dödsorsaksregister. Uppgifterna ändras dock inte väsentligt i den egentliga rapporten. I de preliminära uppgifterna redovisas endast nationella antal och procentuppgifter om föderskor, förlossningar och nyfödda.

Antalet levande födda och spädbarnsdödligheten i Statistikcentralens och THL:s födelseregister avviker en aning från varandra. Skillnaderna beror på olika sätt att räkna. Statistikcentralen samlar in uppgifter om alla födda barn, vars mamma stadigvarande bor i Finland vid barnets födelse oberoende av var förlossningen sker. I THL:s födelseregister finns alla barn som fötts i Finland, också utlänningars. Spädbarnsdödligheten räknas vid Statistikcentralen enligt dödsår och i THL:s födelseregister enligt födelseår. Statistikcentralens uppgifter är officiella.

Tydlighet och enhetlighet/överensstämmelse

Definitionerna och begreppen i anslutning till graviditet och nyfödda bygger på Klassifikation av sjukdomar ICD:10 och på Suomalainen tautien kirjaamisen ohjekirja (endast på finska).

I statistikrapporterna används också i huvudsak väletablerade internationella begrepp och klassificeringar (t.ex. bristningar, där III och IV gradens bristningar anses allvarliga, klassificering av födelsesätt och BMI).

Specialfrågor i statistikrapporten Perinatalstatistik 2019

I registret över födda barn togs det nya informationsinnehållet i bruk i början av 2017 och följande lades till i registret som nya parametrar: regelbunden användning av folsyratillägg före 12 graviditetsveckan, fosterscreening och vidare undersökningar, screeningresultat, infektionsscreening under tidig graviditet, streptokock B-screening, tvillingtyp, barnets näring vid 7 veckors ålder eller före det när det lämnar sjukhuset och mjölkttillägg. Dessutom gjordes ändringar och preciseringar i några existerande parametrar för att blanketten bättre ska motsvara nuvarande vårdpraxis.

På grund av problemet med täckningen rapporteras inte de nya parametrarna i uppgifterna för 2019. Sjukhusen i HNS-området (Kvinnokliniken, Barnmorskeinstitutet, Lojo sjukhus, Hyvinge sjukhus, Jorvs sjukhus) kunde ännu inte leverera uppgifter till registret över födda barn enligt det nya informationsinnehållet bland annat på grund av uppdateringar av datasystemet.

Perinatal statistics – parturients, delivers and newborns 2019

Smoking during pregnancy has decreased

MAIN FINDINGS

- The number of children born continued to decrease in 2019.
- The mean age of parturients is 31.2 years, for primiparas 29.5 years.
- Smoking during pregnancy has decreased.
- 41.9% of parturients were overweight and 17.0% were obese.
- The proportion of caesarean sections was higher than ever before (17.5%).

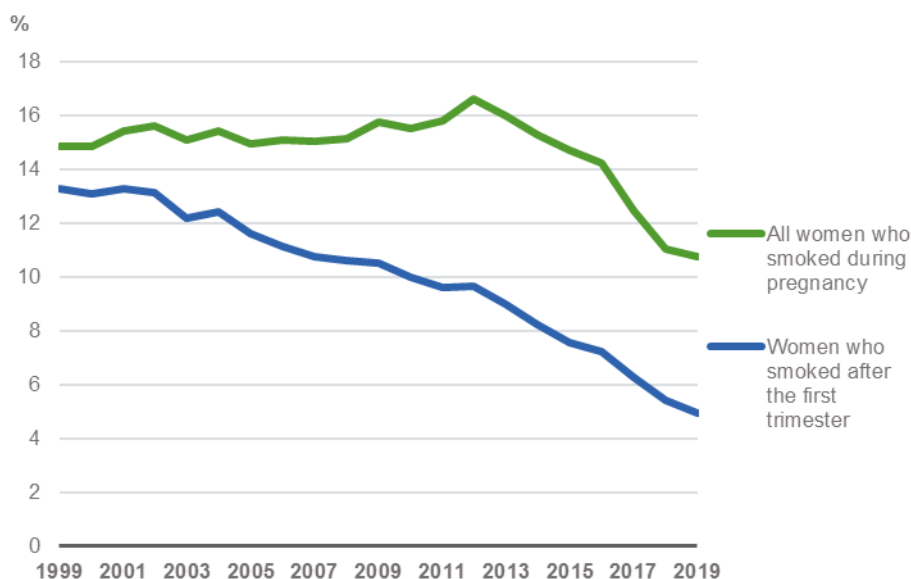
In 2019, 45,870 children were born in Finland, 4.3 per cent less than in 2018. The number of infants born has been in a continuous decline since 2011.

The proportion of women who smoke during pregnancy has decreased in recent years. In 2019, 10.7 per cent of all parturients smoked during early pregnancy. Of all women who smoked during pregnancy, 53.9 per cent quit smoking during the first trimester. The corresponding proportion was 33.3 per cent ten years earlier.

For the second time, the mean body mass index of parturients (BMI before pregnancy) was over 25 (25.3). Of all parturients 41.9 per cent were overweight, i.e., had a BMI of 25 or more. 17.0 per cent of all parturients were obese (BMI \geq 30).

The mean age of parturients has increased in recent years. In 2019, the mean age of all parturients was 31.2 years and the mean age of primiparas was 29.5 years. Of all parturients, 24.4 per cent were over the age of 35. The proportion of under-20s of all parturients remained in 2019 and was 1.3 per cent in 2019.

Figure 1. Smoking during pregnancy, 1999–2019, % parturients



Sirkka Kiuru
 firstname.lastname@thl.fi

Mika Gissler
 firstname.lastname@thl.fi

Anna Heino
 firstname.lastname@thl.fi

Terms and definitions

Birth: A process resulting in a foetus or a child of at least 22 weeks of gestation ($\geq 22+0$ weeks of gestation) or weighing at least 500 g (≥ 500 g) being born either with vaginal delivery or Caesarean section. Live birth is always a birth. Irrespective of the length of gestation or weight of foetus, induced abortion performed in accordance with the Act on Induced Abortion is not a birth.

Body Mass Index (BMI): a measure that is used to estimate the proportionality of a person's height and weight. $BMI = \text{weight (kg)}/\text{height (m)}^2$.

Caesarean section: Caesarean section is a surgical procedure in which the fetus is born by surgery through the abdominal cavities and cuts in the uterine wall and the umbilical cord is immediately cut off.

Deaths related to childbirth: All deaths that occur one year after birth regardless of the main cause of death. Deaths are divided into maternal deaths (underlying cause of death is related to pregnancy, birth or puerperium ICD-10: O00–O99), other deaths due to disease (ICD-10-classes A–N and P–R), suicides (X60–X84, Y87.0), murders, manslaughters and assaults (X85–Y09, Y87.1) and accidental deaths (V01–X59, Y10–Y89 excluding Y87.0 and Y87.1). Pregnancies that end before gestational week 22 are not included.

Early neonatal mortality: Deaths of children born alive during the first week of life (< 7 days) per 1 000 live births.

Epidural anaesthesia: A method of pain relief during labour, in which in which a local anesthetic is injected into the space between the spinal column and outer membrane of the spinal cord (epidural space).

Episiotomy: Episiotomy is a surgical procedure for the widening of the vagina to facilitate delivery.

Full-term newborn: A newborn or a foetus when the length of gestation at the time of birth is at least 37+0 weeks of gestation but less than 42+0 weeks of gestation (37+0 days \leq length of gestation $< 42+0$ days or 259 days \leq length of gestation < 294 days). Length of gestation at birth between 37+0 and 42+0 weeks.

Gestational diabetes: Gestational diabetes means abnormalities in glucose metabolism diagnosed for the first time during pregnancy.

Glucose tolerance test: After 12-hour fasting a two-hour test to measure fasting blood sugar, which includes drinking 75 g of sugar-containing solution and measuring blood sugar again after one and two hours. Pregnancy diabetes is diagnosed if any of the measurements is abnormal during the two hour test.

Infant mortality: The number of deaths of children under one year of age (child's age: < 1 year or < 365 days, < 366 days in leap year, or 0–364 days from birth, 0–365 days from birth in leap year) per 1 000 live births.

Live birth: Birth of a child that, irrespective of the duration of the pregnancy or weight at birth, breathes or shows any other evidence of life, such as beating of the heart, pulsation of the umbilical cord or movement of the voluntary muscles, whether or not the placenta is attached or the umbilical cord has been cut.

Maternal deaths related to childbirth: Death, in which the underlying cause of death is related to pregnancy, birth or puerperium (ICD-10: O00–O99) and which occur within one year following the birth.

Mean length of stay: The length of hospital stay following delivery is counted from the date of the child's birth.

Perinatal mortality: Stillbirths and deaths during the first week of life (06 days after birth or child's age < 7 days) per 1 000 births (live and stillbirths).

Perinatal period: The perinatal period starts on the 23rd week of gestation (length of gestation $\geq 22+0$ days, when the weight of foetus/newborn is usually around 500 g) and ends on the first week after birth (0–6 days after birth or child's age < 7 days).

Pre-eclampsia (toxemia of pregnancy): A condition during pregnancy in which the blood pressure of the pregnant woman is high and she has proteinuria (in mild pre-eclampsia the level of protein is relatively low). (ICD-10 diagnoses O13 and O14).

Preterm delivery: Length of gestation at birth: less than 37+0 weeks, i.e., not more than 258 days ($< 37+0$ or < 259 days).

Smoking during pregnancy: The data are based on data provided by the parturients themselves concerning smoking.

Spinal anesthesia: A method of pain relief during labour, in which in which a local anesthetic is injected directly into the cerebrospinal fluid that surrounds the spinal cord. A spinal block is a single injection of local anaesthetic and the effect lasts a shorter time period than an epidural block.

Spontaneous vaginal delivery: A vaginal delivery in which the delivery is not assisted with breech extraction, forceps or vacuum extraction.

Stillbirth: Birth of a foetus or a child that shows no evidence of life typical of a live birth, but complying with the definition of a birth ($\geq 22+0$ weeks of gestation or ≥ 500 g).

Total fertility rate: The imputed number of births experienced by one woman during her fertile period, assuming that she does not die during this period and that the age-specific fertility rates for the year in question are valid throughout the reproductive period.

Vacuum extraction: The birth a fetus in vertex position is assisted using a vacuum extraction, which is applied to the head of the fetus and traction is applied to help the second stage of the childbirth.

Very low birth weight: The weight of a newborn or a foetus is less than 1 500 g ($< 1 500$ g).

Symbols used in the tables

.. Data not available or too uncertain for presentation, or subject to secrecy

– Nil observations

www.thl.fi/statistics/perinatalstatistics



Finnish Institute for Health and Welfare
thl.fi | [@THLorg](https://twitter.com/THLorg)

ISSN 1798-0887

Quality description (OSF)

Perinatal statistics – parturients, delivers and newborns

Relevance of statistical data

The Medical Birth Register was established in 1987. It contains data on all mothers who have given birth in Finland and on all newborn infants up to the age of seven days. The purpose of the register is to collect statistical data for the research, development and provision of maternity care, obstetrics services and the care of newborn infants. Complementary information is available from THL's Hospital Discharge Register.

The Statistical Reports aim to provide information to health care professionals, administrators, planning officials and researchers working in the area of reproductive health. They need statistical up-to-date and detailed data on deliveries and newborns.

The report text describes the concepts used in the Register.

The collection of data is based on the Act on the National Institute for Health and Welfare (668/2008).

Description of methods

The Medical Birth Register includes data on all live births, and on stillbirths of fetuses with a birth weight of at least 500 g or with a gestational age of at least 22+0 weeks. For each infant, a form has to be completed by the hospital no later than seven days after delivery. The form is sent in paper form or electronically to the Register, which is maintained by the National Institute for Health and Welfare (THL). With regard to deliveries taking place at home, the form is to be completed by the midwife or the physician who has assisted in the delivery.

Additionally, more detailed information has been gathered on small premature infants since 2005. Small premature infants refer to live births with a weight at birth of less than 1500 g or with a gestational age at birth of less than 32+0 weeks. A changed definition has been applied since 2008, also including live births with a birth weight of exactly 1500 g.

Deaths related to childbirth and maternal deaths are based on the causes of death information from Statistics Finland¹. For the years 2009–2018, the Medical Birth Register is linked with the causes of death information and the statistics are included in the perinatal statistics for the first time. Deaths related to birth and maternal deaths related to birth are reported per 100 000 childbirths according to the year of birth. Maternal deaths are calculated according to the year of death and reported per 100 000 live births. The cause of death data for 2019 is completed in December 2020 and will be included in the perinatal statistics for 2021.

Correctness and accuracy of data

The data are correct in so far as they have been reported correctly. The data submitted to THL by hospitals are checked, and any data that are missing or inferred to be incorrect are confirmed by contacting the treating hospitals, and then corrected in the database.

Some birth data are missing in the Medical Birth Register. The register is therefore supplemented with data compiled by the Digital and Population Data Services Agency on live births and with data compiled by Statistics Finland on stillbirths and deaths during the first week of life. After these additions, the statistics are estimated to have coverage of 100 per cent.

In 1990, 1996, 2004 and 2017, the data content of the register was changed in order to improve its reliability and to bring the form more in line with current care practices. Previous data contents are available in paper format and as electronically stored forms and manuals.

¹ [Causes of death](#)

Timeliness and promptness of published data

The Statistical Report Perinatal statistics: parturients, deliveries and newborns (previously Births and Newborns) is produced by THL annually. The aim is to publish preliminary data in June–July and the Statistical Report itself in September–October. The preliminary data only include statistical data in the form of a time series table.

THL publishes in its website both the statistical report and the database reports of pregnant women, childbirth and newborns. Database reports, i.e., filtered cubes and data cubes, enable users to search information and choose the appropriate sections in the register data. Filtered cubes are ready-made compilations of key data on a subject area. Data cubes enable more versatile data analyses. Data cubes and filtered cubes can be used to view the data by region, by the size of hospital and by hospital, as well as annual data since 2007.

The statistics contained in the Statistical Reports are based on data concerning deliveries during the preceding calendar year. However, in order to reduce random variation, some of the tables have been compiled across two-year periods. Hospitals submit their data to the Medical Birth register at the latest by the end of March of the year following the child's year of birth. The statistics are completed at the latest by the autumn following the calendar year, after data on causes of death compiled by the Digital and Population Data Services Agency and Statistics Finland have been combined.

Availability and transparency / clarity of data

The Statistical Reports are sent electronically to all maternity hospitals and published on [THL's website](#).

Data in the Medical Birth Register are also submitted to international statistical organisations (OECD, NOMESCO, WHO, Eurostat, UN and perinatal statistics in the Nordic countries).

[Findata](#) is authorised to disclose data in the Medical Birth register to researchers for scientific research purposes.

Comparability of statistical data

The reforms made to the Medical Birth Register in 1990, 1996, 2004 and 2017 were aimed at improving its reliability and to bring the form more in line with current care practices. New variables in the 2004 data collection were mother's weight and height before pregnancy; mother's medical conditions during pregnancy as ICD-10 codes; duration of delivery; mother's medical conditions during delivery as ICD-10 codes; and head circumference at birth. In 2017, new variables added to the register included regular intake of folic acid before the 12th week of gestation, foetal anomaly screening and further examinations, screening results, infection screening in early pregnancy, group B streptococcus infection screening, IV-PCA, type of twinning, nutrition given to child at or before the age of 7 days at the time of discharge, and provision of additional milk. Some of the pre-existing variables were also changed and specified to make the form better correspond with current care practices.

The annual statistical data presented in the statistical reports are comparable from 1987 onwards. However, in connection with the form updates, some hospitals will be unable to immediately provide all changed or added data in accordance with the new data content, and there is a transitional period of a few years related to the form updates before the new variables can be comprehensively reported on, for instance. For example, the data on parturient weight is not yet comparable for years 2004 and 2005, as the variable was newly included in the register in 2004. The statistical report on 2017 does not yet report on any variables whose collection began in 2017 due to the fact that not all hospitals were yet submitting the data to the Finnish Institute for Health and Welfare in accordance with the new data content.

Data on parturients' weight and height before pregnancy have been collected since 2004. More comprehensive data are available as of 2006. Missing data accounted for 6 per cent in 2019.

Information on smoking during pregnancy is based on data provided by the parturients themselves concerning smoking. The percentage is calculated based on the number of parturients who have responded to the question on smoking. Missing data accounted for 9.6 per cent in 2019.

The preliminary data do not include the data obtained by combining the Digital and Population Data Services Agency's register data on live births and Statistics Finland's register data on causes of death. However, there are no major differences in data between the preliminary data and the final figures published in the Report. The preliminary data on parturients, deliveries and births consist of nationwide absolute figures and percentages only.

The live birth figures as well as the infant mortality rates as reported by Statistics Finland and THL's Medical Birth Register differ to some extent due to differences in the method of calculation. Statistics Finland gathers data on all children born whose mother has a permanent domicile in Finland at the time of the child's birth whatever the place of delivery, while the Medical Birth Register includes data on all children born in Finland. Furthermore, Statistics Finland calculates infant mortality rate on the basis of year of death while THL's Medical Birth Register uses the year of birth. The Statistics Finland figures are official.

Clarity and consistency

The definitions and concepts related to pregnancy and neonatology are based on the Classification of Diseases ICD-10 and Suomalainen tautien kirjaamisen ohjekirja (available in Finnish).

The statistical reports also use established international concepts and classifications (such as BMI, mode of delivery, and perineal lacerations, of which third- and fourth-degree lacerations are considered as serious).

Special issues concerning the 2019 statistics

A new data content was introduced to the Medical Birth Register at the beginning of 2017 and new variables added to the register included regular intake of folic acid before the 12th week of gestation, foetal anomaly screening and further examinations, screening results, infection screening in early pregnancy, group B streptococcus infection screening, IV-PCA, type of twinning, nutrition given to child at or before the age of 7 days at the time of discharge, and provision of additional milk. Some of the pre-existing variables were also changed and specified to make the form better correspond with current care practices.

Due to problems in coverage, the new variables are not yet reported in the data of 2018. Hospitals in the Hospital District of Helsinki and Uusimaa (Women's Hospital, Kätilöopisto Maternity Hospital, Lohja Hospital, Hyvinkää Hospital, Jorvi Hospital) have not yet been able to submit data to the Medical Birth Register in accordance with the new data content due to issues such as information system updates.

Liitetaulukot

Liitetaulukko 1. - Tabellbilaga 1. - Appendix Table 1.

Synnyttäjät ja synnytykset 1987–2019

Föderskor och förlossningar 1987–2019

Parturients and deliveries 1987–2019

Liitetaulukko 2. - Tabellbilaga 2. - Appendix Table 2.

Vastasyntyneet 1987–2019

Nyfödda barn 1987–2019

Newborns 1987–2019

Liitetaulukko 3. - Tabellbilaga 3. - Appendix Table 3.

Synnytykset sairaaloittain 2009–2019

Förlossningar efter sjukhus 2009–2019

Deliveries by hospitals 2009–2019

THL:n verkkosivuilla julkaistaan tilastoraportin yhteydessä myös tietokantaraportit synnyttäjistä, synnytystoimenpiteistä ja vastasyntyneistä. Tietokantaraportit, eli tiivisteet ja kuutiot, mahdollistavat käyttäjän omat valinnat ja tiedonhaun rekisteriaineistosta. Tiivisteillä tarkoitetaan valmiiksi tehtyä koostetta aihealueen keskeisistä tiedoista kuvioina. Kuutiot mahdollistavat tietojen monipuolisemman tarkastelun taulukoina. Kuutioissa ja tiivisteissä on mahdollista tarkastella tietoja alueittain, sairaalan koon mukaan ja sairaaloittain sekä vuosittain että kaksivuotisjaksoissa vuodesta 2007 lähtien.

Liitetaulukko 2. Vastasyntyneet 1987, 1990, 1995, 2000, 2005, 2010, 2015–2019

Bilagetabell 2. Nyfödda barn 1987, 1990, 1995, 2000, 2005, 2010, 2015–2019

Appendix table 2. Newborns 1987, 1990, 1995, 2000, 2005, 2010, 2015–2019

Syntyneet lapset		1987	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2016	2017	2018	2019
Nyfödda barn / Births												
Syntyneitä, yhteensä / Födda, total / Births, total ⁽¹⁾	N	60 063	65 770	63 119	56 768	57 819	61 372	55 759	53 614	50 855	47 913	45 870
Elävänä syntyneitä / Levande födda / Live births	N	59 736	65 455	62 817	56 538	57 635	61 192	55 588	53 453	50 710	47 775	45 745
Yleinen hedelmällisyysluku / Allmänt fruktsamhetstal / General fertility rate /1000 ⁽²⁾		47,5	52,0	49,5	46,4	48,9	52,3	48,3	46,6	44,4	42,0	40,3
Syntyneitä, pojat / Födda, pojkar / Births, boys	N	30 756	33 649	32 223	29 273	29 432	31 517	28 621	27 217	25 931	24 800	23 301
	%	51,2	51,2	51,1	51,6	50,9	51,4	51,3	50,8	51,0	51,8	50,8
kaksoset	N	1 290	1 520	1 746	1 798	1 690	1 848	1 472	1 466	1 386	1 254	1 136
	%	2,1	2,3	2,8	3,2	2,9	3,0	2,6	2,7	2,7	2,6	2,5
kolmoset	N	27	75	81	27	21	39	24	12	15	18	21
neloset	N	4	-	-	-	-	-	-	4	-	-	-
Kuolleena syntyneet / Dödfödda / Stillbirths	N	327	315	302	230	185	180	171	161	145	136	125
	/1 000 synt.	5,4	4,8	4,8	4,1	3,2	2,9	3,1	3,0	2,9	2,8	2,7
Kuollut alle 7 vrk ikäisenä / Döda före 7 dygn	N	195	202	133	98	103	68	55	58	55	59	54
	/1 000 synt.	3,2	3,1	2,1	1,7	1,8	1,1	1,0	1,1	1,1	1,2	1,2
Perinataalikuolleisuus / Perinatal dödlighet / Perinatal mortality ⁽³⁾		522	517	435	328	288	248	226	219	200	195	179
	/1 000 synt.	8,7	7,9	6,9	5,8	5,0	4,0	4,1	4,1	3,9	4,1	3,9
Imeväiskuolettisuus / Spädbarnsdödlighet / Infant mortality ⁽⁴⁾		355	371	245	205	175	135	97	97	102	104	92
	/1 000 elävänä synt.	5,9	5,7	3,9	3,6	3,0	2,2	1,7	1,8	2,0	2,2	2,0
Ennenaikaisesti syntyneitä (< 37 rkv) / Gestationslängd < 37 veckor / Gestational age (<37 wk)	N	3 339	3 563	3 610	3 600	3 297	3 569	3 318	3 080	3 009	2 772	2 509
	%	5,6	5,4	5,7	6,3	5,7	5,8	6,0	5,7	5,9	5,8	5,5
Keskipaino / Medelvikt / Mean weight												
Kaikki / Alla / All	g / gr	3 548	3 552	3 539	3 515	3 505	3 485	3 485	3 495	3 498	3 495	3 498
Pojat / Pojkar / Boys	g / gr	3 608	3 616	3 601	3 576	3 559	3 540	3 541	3 548	3 554	3 549	3 558
Tytöt / Flickor / Girls	g / gr	3 485	3 485	3 474	3 451	3 449	3 427	3 425	3 441	3 439	3 437	3 437
Paino / Vikt / Weight												
	≥ 4500 g / gr	N	2 163	2 595	2 251	1 864	1 684	1 553	1 282	1 209	1 128	1 094
		%	3,6	3,9	3,6	3,3	2,9	2,5	2,3	2,4	2,4	2,4
	≥ 4000 g / gr	N	12 061	13 407	12 659	10 774	10 319	10 225	8 906	9 008	8 518	7 931
		%	20,1	20,4	20,1	19,0	17,8	16,7	16,0	16,8	16,7	16,6
	< 2500 g / gr	N	2 349	2 576	2 691	2 599	2 496	2 760	2 446	2 295	2 210	2 037
		%	3,9	3,9	4,3	4,6	4,3	4,5	4,4	4,3	4,3	4,2
	< 1500 g / gr	N	557	549	586	538	482	498	434	383	375	324
		%	0,9	0,8	0,9	0,9	0,8	0,8	0,7	0,7	0,7	0,7
	< 1000 g / gr	N	277	273	291	237	210	222	198	172	174	157
		%	0,5	0,4	0,5	0,4	0,4	0,4	0,3	0,3	0,3	0,3
Pienet keskoset - Små prematurer / Small premature infants ⁽⁵⁾	N	554	563	577	577,0	515	533	491	417	419	411	376
	%	0,9	0,9	0,9	1,0	0,9	0,9	0,9	0,8	0,8	0,9	0,8
Lasten hoitotoimenpiteitä / Åtgärder på nyfödda												
<i>Treatments to newborn children</i>												
Antibioottihoito / Antibiotikabehandling / Antibiotics	%	..	..	2,8	3,7	5,6	6,2	5,9	3,8	5,2	5,3	4,8
Valohoito / Ljusbehandling / Phototherapy	%	..	..	5,9	6,2	6,8	5,3	7,3	6,3	6,8	6,9	7,3
Verenvaihto / Blodbyte / Exchange transfusion	%	..	..	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Respiraattori / Respiratorbehandling / Respirator care	%	..	..	1,3	1,2	1,2	1,2	1,0	1,1	0,5	0,5	0,5
Teho- tai valvontaos. / Intensivvårds- eller observationsavd. / Intensive care or observation unit	%	..	..	8,2	9,7	12,4	9,6	11,4	11,8	11,8	11,7	11,7
Lapsi kotona viikon iässä / Barnet hemma i en veckas ålder / Child at home at the age of one week	%	75,9	83,2	91,8	92,3	92,2	92,8	94,0	94,2	93,5	93,2	93,6

.. Tietoa ei ole kerätty tai se on liian epävarma esitettäväksi. - Uppgift ej tillgänglig eller alltför osäker för att anges. - Data not available or too uncertain for presentation.

1) **THL:n syntymärekisterissä on tiedot kaikista Suomessa syntyneistä lapsista kun taas Tilastokeskuksen virallisissa väestötilastoissa on tiedot niistä syntyneistä lapsista, joiden äidin vakituinen asuinpaikka on lapsen syntymähetkellä Suomessa synnytyspaikasta riippumatta.** -

The Medical Birth Register at THL includes data on all children born in Finland, while Statistics Finland's official population statistics contain data on all children born whose mother has a permanent domicile in Finland at the time of the child's birth whatever the place of delivery.

2) **Elävänä syntyneiden määrä tuhatta 15-49-vuotiaista naista kohti.** - Antal levande födda per 1000 kvinnor i åldern 15-49 år. - Number of annual live births per 1 000 women aged 15 to 49 years.

3) **Kuolleena syntyneet ja alle 7 vrk iässä kuolleet tuhatta syntyneitä kohti.** - Dödfödda och döda före 7 dagar per 1 000 födda. - Stillbirths and deaths before 7 days per 1 000 births.

4) **Alle vuoden ikäisenä kuolleet (pl. kuolleena syntyneet) tuhatta elävänä syntyneitä kohti syntymävuoden mukaan.** - Döda före ett års ålder (exkl. dödfödda) per 1 000 levande födda enligt födelseår. - Deaths before age of one year (stillbirths excluded) per 1 000 live births according to year of birth. **Lähde** - Källa - Source: **Tilastokeskus ja THL** - Statistikcentralen och THL - Statistics Finland and THL.

5) **Pienet keskoset: Elävänä syntyneet lapset, kun lapsen syntymäpaino on alle 1501 grammaa tai raskauden kesto syntymähetkellä on alle 32+0 viikkoa.** Små prematurer: Levande födda barn när barnets födelsevikt är under 1 501 grammer när gestationsåldern vid födelsen är mindre än 32+0 veckor.

Small premature infants: Live births with a birth weight of less than 1501 g or with a gestational age at birth less than 32+0 weeks.

Liitetaulukko 3. Synnytykset sairaaloittain 2009–2019

Bilagetabell 3. Förlossningar efter sjukhus 2009–2019

Appendix table 3. Deliveries by hospitals 2009–2019

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Muutos, % 2018-2019
HYKS, synnytykset	14 595	14 996	14 877	14 604	14 358	14 295	13 979	13 597	13 514	13 049	12 747	-2,3
-Kätilöopiston sairaala*	5 672	5 877	5 771	5 606	7 155	8 026	7 501	7 270	4 146	-	-	-
-Naistenklinikka	5 450	5 636	5 644	5 600	3 310	2 426	2 576	2 624	5 921	8 969	8 545	-4,7
-Jorvin sairaala, Espoo	3 473	3 483	3 462	3 398	3 893	3 843	3 902	3 703	3 447	4 080	4 202	3,0
Turun yliopistollinen sairaala	4 111	4 303	4 104	4 098	4 044	4 143	4 039	4 214	4 060	3 849	3 708	-3,7
Kuopion yliopistollinen sairaala	2 487	2 498	2 476	2 486	2 417	2 382	2 418	2 279	2 141	2 085	1 906	-8,6
Oulun yliopistollinen sairaala	4 386	4 403	4 239	4 437	4 280	4 100	3 914	3 614	3 445	3 248	3 309	1,9
Tampereen yliopistollinen sairaala	5 246	5 114	5 177	5 468	5 213	5 337	5 271	4 995	4 708	4 427	4 305	-2,8
Etelä-Karjalan ks, Lappeenranta	1 076	1 224	1 196	1 094	1 085	1 097	1 091	1 005	967	862	808	-6,3
Keski-Suomen ks, Jyväskylä	3 148	3 078	3 032	2 995	2 868	2 831	2 662	2 514	2 274	2 149	2 047	-4,7
Pohjois-Karjalan ks, Joensuu	1 565	1 567	1 663	1 578	1 548	1 567	1 504	1 463	1 305	1 236	1 093	-11,6
Savonlinnan ks*	378	402	377	342	337	321	-	-	-	-	-	-
Vaasan ks/ Vasa csh	1 454	1 467	1 384	1 418	1 377	1 446	1 374	1 381	1 254	1 175	1 145	-2,6
Ålands centralsjukhus, Mariehamn	262	281	282	286	278	255	269	279	271	261	253	-3,1
Kanta-Hämeen ks, Hämeenlinna	1 770	1 642	1 662	1 602	1 652	1 622	1 442	1 389	1 349	1 236	1 167	-5,6
Länsi-Pohjan ks, Kemi	690	718	698	645	628	591	554	547	518	507	422	-16,8
Lapin keskussairaala, Rovaniemi	1 197	1 208	1 230	1 159	1 191	1 100	1 054	1 035	961	859	928	8,0
Mikkelin keskussairaala	841	818	908	782	829	788	888	866	822	732	648	-11,5
Satakunnan ks, Pori	2 100	2 093	2 091	2 034	2 063	2 017	1 929	1 855	1 762	1 568	1 485	-5,3
Kymenlaakson ks, Kotka	1 534	1 626	1 490	1 550	1 473	1 409	1 389	1 353	1 429	1 360	1 233	-9,3
Keski-Pohjanmaan ks, Kokkola	1 271	1 333	1 365	1 286	1 342	1 502	1 507	1 519	1 478	1 397	1 652	18,3
Kainuun ks, Kajaani	780	755	701	701	714	702	601	637	560	508	567	11,6
Etelä-Pohjanmaan ks, Seinäjoki	2 177	2 186	2 190	2 247	2 057	2 058	2 032	1 939	1 806	1 607	1 578	-1,8
Päijät-Hämeen ks, Lahti	1 990	2 042	1 939	2 049	1 907	1 880	1 835	1 749	1 677	1 591	1 441	-9,4
Porvoon s/ Borgå sh*	864	830	810	828	890	867	913	777	-	-	-	-
Lohjan sairaala	693	930	989	983	999	972	960	1 107	1 099	1 022	1 042	2,0
Salon sairaala*	755	778	768	724	714	666	599	-	-	-	-	-
Länsi-Uudenmaan s, Tammisaari/ Västra Nylands ksh, Ekenäs*	650	262	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Vammalan sairaala**	544	581	502	383	274	-	-	-	-	-	-	-
Oulaskankaan sairaala, Oulainen*	848	812	839	984	1 001	1 042	911	901	864	724	-	-
Hyvinkään sairaala	1 651	1 638	1 652	1 684	1 815	1 842	1 844	1 829	1 852	1 802	1 783	-1,1
Raahen tk*	350	386	346	148	-	-	-	-	-	-	-	-
Malmin terveydenhuoltoalue ky, Pietarsaari/ Malmska hälsö- och sjukvårdsområdet sk, Jakobstad*	492	434	374	428	353	165	-	-	-	-	-	-
Yhteensä/ Totalt/ Total⁽¹⁾	59 918	60 422	59 384	59 039	57 728	57 019	55 007	52 870	50 152	47 272	45 288	-4,2

* Synnytystoiminta lopetettu - Förlossningsverksamheten nedlagd - Delivery department closed

¹⁾ Sisältää kaikki synnytykset (sairaalan ulkopuolella synnyttäneet, joita sairaala ei ole ilmoittanut, syntymäpaikka tuntematon

ja sairaalat, joissa on viisi synnytystä tai vähemmän).

¹⁾ Omfattar alla förlossningar (föderskor som har fött utanför sjukhuset och som inte anmälts av sjukhuset, okänd födelseplats och sjukhus med fem eller färre förlossningar).

¹⁾ Includes all deliveries (delivered outside hospital, unreported by hospital, birthplace unknown and hospitals with five deliveries or less).